

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 39

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE
de la
HERNIE ÉPIGASTRIQUE ÉTRANGLÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean KERZRéHO

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 18 Décembre 1906 à TOULON (Var)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1930

**Contribution à l'étude
de la Hernie épigastrique étranglée**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 39

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE
de la
HERNIE ÉPIGASTRIQUE ÉTRANGLÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean KERZRéHO

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 18 Décembre 1906 à TOULON (Var)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOUT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE.
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. PATEL, président ; POLLOSSON, assesseur ;
CIBERT et GUILLEMINET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR E. BLANC
Professeur honoraire de l'Université

Hommage de reconnaissance

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE PATEL

Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'Honneur

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

A MES JUGES

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

Contribution à l'étude de la Hernie épigastrique étranglée

Introduction

M. le Professeur M. Patel a bien voulu nous communiquer une observation d'un cas d'étranglement de hernie épigastrique. L'extrême rareté de cet accident et, par là, son absence de description dans les livres de pathologie externe, en fait l'intérêt principal, aussi avons-nous pensé à grouper les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale et à faire d'une revue générale de cette question le sujet de notre thèse.

Nous avons, pour cet ouvrage, adopté le plan classique de toutes les questions de pathologie :

Après un bref historique, d'après lequel nous faisons remonter à Klein et en 1820, le premier cas publié de hernie épigastrique étranglée, nous présenterons la région de la ligne blanche, puis nous tâcherons de répondre aux grandes questions que sont l'Anatomie pathologique, l'Étiologie et la Pathogénie, la Symptomatologie et le Diagnostic de la hernie épigastrique étranglée.

Nous serons amené à faire quelques incursions, que

nous jugeons nécessaires, dans le domaine des hernies épigastriques en général. Ne doit-on pas, en effet, se renseigner, pour toute affection, sur l'état antérieur, dont l'état actuel n'est que l'aggravation.

Et nous concluerons avec M. le Professeur Patel, qu'en présence d'une telle affection, l'indication opératoire est formelle. Il faut faire le plus vite possible ce que Lejars appelle la kélotomie épigastrique.

Que M. le Professeur Patel veuille bien accepter ici toute notre reconnaissance pour nous avoir indiqué ce sujet qui nous a vivement intéressé et tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique

La pauvreté de la littérature médicale sur ce sujet est telle que les traités classiques en font à peine mention.

Championnière déclare n'avoir jamais observé d'étranglement de hernie épigastrique.

Rochard note sa rareté et la difficulté de son diagnostic par suite du petit volume du sac et de l'amas graisseux qui le masque.

Jaboulay et Patel font les mêmes constatations et ne signalent que deux cas d'étranglement, d'ailleurs discutables, relatés par Wiesinger.

Gosset et Petit-Dutaillis, dans leur *Précis de pathologie chirurgicale*, considèrent l'étranglement de la hernie épigastrique comme une chose tout à fait exceptionnelle.

Le travail qui passe pour être le plus ancien sur ce sujet est celui de Klein qui, dès 1820, publia une observation de hernie épigastrique étranglée, que nous

n'avons malheureusement pas pu nous procurer, dans *Journal der chirurgie und angenheilkunde*.

Après ce premier cas, il faut arriver à l'année 1848 et à Dieffenbach qui en publia une observation dans *Operative chirurgie* de Leipzig.

Puis Gussenbauer, en 1876, publia une autre observation dans *Wirchow-Hirsch : Jahresberichte d. Gesammten Medezin*.

Wiesinger, en 1902, publia ses deux observations, dont l'une au moins est fort douteuse. Il s'agirait plutôt de suppurations rétro-pariétales en communication avec l'intestin, se rapportant soit à une malformation congénitale, soit à une hernie étranglée péritonéale. (*Deutsche zeitung für chirurgie*.)

Max Sebba, en 1909, en publie un autre cas dans la *Deutsche medicinische wochenschrift*.

En 1909 également, Lucius W. Hotchkiss, de New-York, publie un cas dans *Annals of Surgery*.

Ridgway, en 1909 et 1910, en publie trois cas dans *The British medical journal*.

Dujarrier et Berger, en 1910, publient un cas dans *La Presse Médicale*, et Daniel Fabre, en 1911, fait paraître dans sa thèse *De la Hernie épigastrique et de l'entérocele épigastrique étranglée*, une nouvelle observation.

Forbes Fraser, dans *The Lancet*, en 1913, nouveau cas.

Alexis V. Moschcowitz, en 1914, publia un travail sur la question et en cite un nouveau cas dans *Surgery Gynecology and obstetrics*, Chicago.

Cas de Danforth, en 1915, *The Journal of the American medical association*.

Deux cas de Gatewood, en 1916 et 1919, dans la même publication.

Cas de Smyth dans *Annals of Surgery*, 1920.

Cas de Massé, de Bordeaux, en 1925, dans *la Revue de Chirurgie de Paris*.

Cas d'Artemio Zeno, de Rosario, en 1928, dans *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris.

Cas de Loeper, de Sèze et Leroy, en 1929, dans le *Progrès Médical*.

Enfin, cas de M. le Professeur Patel, en 1929, dans *Lyon Chirurgical*.

Dans sa *Chirurgie d'urgence*, M. Lejars décrit la kélotomie épigastrique à propos d'un de ses malades qui a dû subir cette opération.

En outre, à propos de leur malade, M. Loeper, De Sèze et Leroy citent, sans les publier, les cas de Charbonnel et Brau-Tapie, en 1910, et de Godard, en 1911. (*Progrès Médical*, 1929.)

Cela doit donc faire 24 cas, sauf erreur, publiés dans la littérature médicale depuis l'ancien cas de Klein, jusqu'à la toute récente observation de M. le Professeur Patel.

Cet accident, pour être rare, n'est donc pas exceptionnel ; il mérite en tout cas d'être connu. C'est ce que nous nous proposons dans ce travail.

CHAPITRE II

Anatomie

Grand droit de l'abdomen

Le grand droit de l'abdomen, situé immédiatement en dehors de la ligne médiane, est un muscle rubané qui s'étend du thorax au pubis.

INSERTIONS. — Le muscle grand droit de l'abdomen s'insère en haut par trois languettes, l'une externe, l'autre moyenne, et la troisième interne. La languette externe, la plus large des trois, est fixée sur le bord inférieur du cartilage costal de la cinquième côte; la languette moyenne, sur le bord inférieur de la sixième côte, et la languette interne, sur le bord inférieur du cartilage de la septième côte et aussi sur le ligament costo-xiphoïdien. On a même vu la languette interne s'insérer sur l'appendice xiphoïde lui-même. De ces insertions supérieures, le muscle grand droit se porte en bas, les fibres les plus internes descendant vertica-

lement et les fibres les plus externes obliquant légèrement en dedans, rétrécissant ainsi le faisceau aplati qu'elles constituent, formant un tendon aplati et quadrilatère, large de vingt-cinq à trente millimètres, d'une hauteur à peu près égale, qui se fixe sur le corps du pubis, dans tout l'intervalle compris entre l'épine et l'angle, exactement sur la lèvre antérieure du bord supérieur du pubis, souvent même sur sa face antérieure. Ce tendon est ordinairement divisé en deux languettes, dont l'externe est toujours plus large et plus importante que l'interne.

Ce muscle présente, de distance en distance, des insertions aponévrotiques transversales dont le nombre varie entre trois et cinq : une au niveau de l'ombilic, deux au-dessus, et une ou deux au-dessous. Elles peuvent occuper toute la largeur du muscle ou une partie seulement, être rectilignes ou en zig-zag, affecter une direction transversale ou une direction plus ou moins oblique. Homologues des côtes, ces intersections du grand droit sont les représentants, dans le voisinage de la ligne médiane antérieure des coupures transversales du corps humain, lesquelles coupures sont nettement marquées; en arrière, par les articulations des différentes vertèbres entre elles, sur les côtés, par les côtes, et en avant, par les articulations des pièces du sternum ; tout comme les intersections analogues que l'on rencontre au cou, sur le sterno-hyoïdien et le sterno-thyroïdien (métamérie d'après Testut et Jacob).

RAPPORTS. — Le muscle grand droit de l'abdomen est contenu dans une gaine aponévrotique constituée

dans sa plus grande partie par les aponévroses d'insertion des muscles grand oblique, petit oblique et transverse.

Par l'intermédiaire de sa gaine, le muscle grand droit répond :

En avant : au muscle pyramidal, situé seulement à la partie inférieure du grand droit, et à la peau.

En arrière : au fascia transversalis, au tissu cellulaire sous-péritonéal, au péritoire et aux viscères abdominaux. Dans l'intérieur de la gaine, cheminant sur la face postérieure du muscle, s'anastomosent les artères épigastrique ascendante et mammaire interne descendante.

En dehors : à l'angle de réunion des deux lames aponévrotiques constituant la gaine fibreuse.

En dedans : à un raphé tendineux, appelé ligne blanche, qui sépare les deux muscles droits.

INNERVATION. — Le muscle grand droit de l'abdomen est innervé, à sa partie supérieure et moyenne, par les six ou sept nerfs intercostaux ; à sa partie inférieure par les deux nerfs abdomino-génitaux, venant du plexus lombaire.

ACTION. — Ce muscle a pour action d'abaisser les côtes, et de fléchir le thorax sur le bassin : c'est un aspirateur et un fléchisseur du thorax ; plus rarement il fléchit le bassin sur le thorax.

Testut signale le rôle que ce muscle peut jouer dans la miction, la défécation, le vomissement et la parturition, favorisant l'expulsion des urines, des matières fécales, du contenu de l'estomac et de l'utérus, en comprimant les viscères lorsqu'il redresse par sa con-

traction, la courbure à concavité postérieure, que présente ce muscle chez la plupart des sujets.

GAINE DU MUSCLE GRAND DROIT

Le muscle grand droit est contenu dans une véritable gaine fibreuse, formée dans la plus grande partie de son étendue par les aponévroses d'insertion antérieure, des trois muscles larges de l'abdomen, aponévroses qui se portent vers la ligne blanche et se croisent là avec les mêmes aponévroses des muscles du côté opposé.

La gaine du muscle grand droit, allongée de haut en bas, aplatie d'avant en arrière, présente exactement la même configuration que le muscle qu'elle renferme, et comprend, par conséquent, une lame antérieure et une lame postérieure, qui s'unissent sur les bords latéraux du muscle limitant un véritable canal : le canal du droit de Velpeau.

La lame antérieure a une constitution différente au-dessus et au-dessous de l'ombilic : au-dessus de l'ombilic, elle est constituée par l'aponévrose du grand oblique, doublée sur sa face profonde par le feuillet antérieur de l'aponévrose du petit oblique ; au-dessous de l'ombilic, cette lame se trouve renforcée par le feuillet postérieur de l'aponévrose du petit oblique et par l'aponévrose du transverse qui, à ce niveau, abandonnent la face postérieure du muscle grand droit pour passer en avant de lui. Ainsi, au-dessous de l'ombilic, la lame antérieure de la gaine des droits est constituée par les trois aponévroses des muscles larges.

La lame postérieure de la gaine est formée par le feuillet postérieur de l'aponévrose du petit oblique et par l'aponévrose du transverse, unis intimement l'un à l'autre. Toutefois, au-dessous de l'ombilic, les deux aponévroses du petit oblique et du transverse passent toutes entières en avant du muscle ; le muscle sur sa face postérieure est recouvert par une nouvelle lame fibreuse : le fascia transversalis, qui n'est que le feuillet postérieur de la gaine du transverse. Le point où le fascia transversalis forme seul la paroi postérieure de la gaine du droit est marqué par un bord transversal courbe, à concavité dirigée vers le bas, c'est l'arcade de Douglas.

Le bord externe de la gaine du droit est constituée : au-dessus de l'ombilic par l'angle de bifurcation de l'aponévrose du petit oblique, au-dessous de l'ombilic par l'angle formé par le fascia transversalis, et l'aponévrose d'insertion du transverse.

Le bord interne est formé par la rencontre des deux lames antérieure et postérieure de la gaine. Il répond à la ligne blanche.

Le muscle grand droit est presque entièrement libre dans sa gaine ; il baigne au sein d'un tissu cellulaire lâche qui l'entoure de toutes parts ; ce tissu cellulaire forme deux couches assez distinctes, l'une, qui s'étend sur la face antérieure, et l'autre, sur la face postérieure du muscle. Au niveau des intersections aponévrotiques, la paroi antérieure de la gaine adhère intimement à ces intersections, tandis que la paroi postérieure ne présente aucune adhérence. Testut fait remarquer que, ainsi, la couche cellulaire pré-musculaire

est divisée en trois ou quatre étages superposés, tandis que la couche cellulaire rétro-musculaire s'étend sans interruption de haut en bas. La gaine fibreuse, parfaitement close, communique avec les régions du voisinage par les orifices qui livrent passage aux vaisseaux et aux nerfs ; ce sont : l'orifice de la branche abdominale de la mammaire interne, l'orifice de l'artère épigastrique et de son rameau sus-pubien, les nombreux orifices des rameaux nerveux perforants interne et externe.

LIGNE BLANCHE

A la gaine fibreuse des muscles grands droits de l'abdomen se rattache la ligne blanche abdominale. C'est un raphé tendineux qui occupe, sur la ligne médiane, l'espace compris entre les muscles grands droits. C'est-à-dire qu'elle fait suite en haut à l'appendice xiphoïde du sternum, pour se terminer, en bas sur le bord supérieur de la symphyse pubienne.

D'ordinaire, la ligne blanche répond à la ligne médiane ; souvent, cependant, elle est légèrement déviée à droite.

Ce raphé tendineux mesure en moyenne trente-cinq centimètres de haut ; son épaisseur est de deux à trois millimètres.

Dans ses deux tiers supérieurs, depuis l'appendice xiphoïde, jusqu'à un ou deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, la ligne blanche abdominale est membraneuse, rubanée, d'autant plus large qu'on se rapproche davantage de l'ombilic ; dans son tiers inférieur, sur une longueur de douze à quatorze cen-

timètres environ, elle n'est plus, pour ainsi dire, qu'un interstice presque linéaire de deux ou trois millimètres de largeur. (Testut.)

La ligne blanche est formée par l'entrecroisement bien différentes d'aspect : les deux tiers supérieurs et le tiers inférieur, l'une large, rubannée, l'autre linéaire. Voyons maintenant sa constitution anatomique.

La ligne blanche se compose donc de deux parties sur la ligne médiane des différentes lames aponévrotiques, tendons d'insertion des trois muscles grand oblique, petit oblique et transverse. Elle est renforcée à son extrémité supérieure par quelques faisceaux verticaux qui descendent de la face antérieure de l'appendice xiphoïde; de même, à son extrémité inférieure, par des faisceaux à insertion pubienne, en avant et en arrière des grands droits.

En avant des grands droits, c'est un faisceau triangulaire, dont la base s'insère au-devant de la symphyse et qui vient se confondre avec le bord antérieur de la ligne blanche.

En arrière, c'est l'importante lame triangulaire, appelée ligament sus-pubien ou *adminiculum lineae albae*, dont la base s'insère sur la lèvre postérieure du bord supérieur du pubis ; elle envoie fréquemment un prolongement sur le ligament de Cooper et sur la branche horizontale du pubis. Le sommet du triangle vient se confondre avec le bord postérieur de la ligne blanche.

RAPPORT. — La ligne blanche est en rapport : en avant, avec la peau et le tissu cellulaire sous-cutanée ;

de chaque côté, avec les muscles droits et leur insertion aponévrotique ; en arrière, elle répond au feuillet pariétal du péritoine, très adhérent, et peu mobile en dehors de la ligne médiane, de sensibilité très développée, séparé de la partie aponévrotique par du tissu cellulo-grasieux à peu près constant.

C'est là que se trouve le ligament rond du foie, vestige de la veine ombilicale, naissant du pôle supérieur de l'ombilic et s'élevant perpendiculairement le long de la ligne blanche. Il est tout d'abord accolé à la paroi, sur une hauteur de trois ou quatre centimètres, par le fascia ombilicalis. A mi-distance entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, il s'incline à droite, quitte la paroi en entraînant avec lui le péritoine qui forme le ligament falciforme. Ligament rond et ligament falciforme entrent souvent dans la constitution de la hernie épigastrique.

Dans la ligne blanche sont ménagés, ça et là et presque exclusivement dans la portion sus-ombilicale, un certain nombre d'orifice losangiques ou elliptiques, très visibles surtout sur la face péritonéale, qui livrent passage à des artérioles ou veinules, ou aux rameaux perforants antérieurs des cinq derniers nerfs intercostaux, ou à des pelotons adipeux, véritables traits-d'union entre le tissu cellulaire sous-péritonéal et le tissu cellulaire sous-cutané.

Ces orifices sont d'un grand intérêt parce que, par eux, se produisent les hernies épigastriques, en attirant vers le dehors, d'abord la graisse sous-péritonéale, puis le péritoine pariétal, formant un petit diverticule séreux, un petit sac où peuvent s'engager épiploon et intestin.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Par quoi est constituée la hernie épigastrique ? Où siège-t-elle ? Quelles sont les lésions que produit l'étranglement ?

SIÈGE. — Le lieu de prédilection des hernies épigastriques est le tiers inférieur de la ligne blanche. (Cas de la malade de M. Patel, dont la tumeur bombait à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; cas des malades de Zéno, Massé, Smyth, Danforth, Fraser...).

Après le tiers inférieur, vient le tiers moyen comme lieu de prédilection. (Observations de Al. Moschcowitz, Dujarrier et Berger, Ridgway...)

La partie supérieure de la ligne blanche est presque indemne. Nos observations n'en rapportent aucun cas.

NOMBRE. — La hernie épigastrique est le plus souvent unique et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on

en a vu deux ou trois superposées. Les cas de Lucas Championnière et Berger sont à peu près les seuls connus dans la littérature médicale.

VOLUME. — Le volume des hernies épigastriques est essentiellement variable selon qu'il s'agit d'un simple pincement latéral ou d'une hernie vraie au début et de certaines hernies qu'on voit longtemps après leur apparition. Les termes de comparaison employés par les auteurs sont le grain de raisin, la noisette, la noix, la prune, l'œuf de pigeon, la poire, le citron, l'orange, le poing d'adulte, la tête de fœtus à terme...

ORIFICES. — L'orifice herniaire n'est autre, dans la majorité des cas, qu'un orifice aponévrotique distendu de la ligne blanche ; il est rarement médian (cas du malade de Danforth); plus souvent déjeté à gauche (cas de Massé); cependant il peut être déjeté à droite (observations de Fabre, Moschcowitz, Smyth).

Cet orifice, losangique au début, ne tarde pas à s'arrondir en un véritable anneau fibreux qui atteint rarement les dimensions de la pulpe de l'index. D'autres fois, cependant, il est plus large, et Lœper faisait pénétrer facilement son index dans l'orifice herniaire de son malade, « alors le doigt se sent comme entouré d'un anneau dur et tranchant ». Le malade de Massé avait un orifice encore plus distendu (4 centimètres de large sur 5 de haut). Les anneaux des hernies observées par Gatewood mesuraient 1 centimètre de diamètre.

VARIÉTÉS ANATOMIQUES. — Terrier divise en quatre groupes les hernies épigastriques:

1° Les hernies graisseuses simples, avec ou sans diverticule péritonéal;

2° Les hernies graisseuses avec sac péritonéal contenant de l'épiploon;

3° Les hernies épiploïques franches sans lipome ;

4° Les hernies intestino-épiploïques.

« Ces dernières, les moins fréquentes de beaucoup, sont également les seules pouvant donner lieu à l'étranglement vrai. Ainsi peut-on s'expliquer la rareté des cas publiés. » (Massé.)

Michel Denicker, rapporteur à la Société nationale de Chirurgie de Paris, de l'observation de A. Zéno, explique la rareté de la hernie épigastrique « par sa constitution ; elle est généralement très petite et réduite à un lipome propéritonéal. L'existence d'un sac véritable ne se rencontre guère que dans quinze ou vingt pour cent des cas ; d'autre part, ce sac, lorsqu'il existe, se caractérise souvent par une base large, ce qui n'est pas fait pour favoriser l'étranglement ».

M. le Professeur Patel divise les hernies épigastriques en deux variétés principales:

1° Les hernies épigastriques avec sac rudimentaire: formées par le tissu cellulo-graisseux sous-péritonéal et accessoirement par le ligament rond. Pour Villard, le ligament rond serait habituellement contenu dans les hernies épigastriques; adhérent à la partie supérieure de l'anneau, il glisse dans la lumière; attirant le ligament falciforme et le bord antérieur du foie. Villard explique ainsi les douleurs vives des hernies épigastriques.

Quant au tissu cellulo-graisseux, il s'engage à l'intérieur de l'orifice, formant un lipome à pédicule mince et dont la portion élargie s'étale dans le tissu cellulaire sous-cutané. C'est la hernie graisseuse simple de Terrier.

Dans ces hernies, le sac est tout à fait accessoire; il est réduit à un simple diverticule ne contenant aucun viscère;

2° Les hernies épigastriques avec sac péritonéal : ces hernies, très rares, se font d'emblée ou en passant par le stade précédent.

Le sac est plus ou moins confondu avec l'atmosphère graisseuse qui l'a entraîné. Dans les cas anciens, il est très adhérent à l'orifice, épaissi, ayant un véritable collet; il peut même être plus ou moins dépouillé de sa graisse, rappelant les sacs des hernies ombilicales.

Que contient le sac?

Pipelet avait admis sans preuve directe la présence presque constante de l'estomac, présence à laquelle il attribuait les douleurs. En réalité, les cas de Blanc et Mantelli sont à peu près les seuls connus.

Vialle et Jacob ont vu la vésicule biliaire dans des hernies épigastriques. Le plus souvent, on trouve de l'épiploon, de l'intestin grêle, du côlon transverse.

En ce qui concerne nos observations de hernies épigastriques étranglées, voici quel en était le contenu:

1° Le malade de M. le Professeur Patet avait un lipome sous-péritonéal; le sac péritonéal, tout petit, était vide;

2° Chez les malades de Zéno, Danforth et Moschcowitz, il s'agissait d'épiploon seul;

3° Chez les malades de Hotchkiss, Dieffenbach, Massé et Max Sebba, il s'agissait de grêle et d'épiploon;

4° Chez ceux de Ridgway (1^{er} et 3^e cas), Forbes Fraser, Smyth, Gaterwood (1^{er} cas), Daniel Fabre, il s'agissait de côlon et d'épiploon ;

5° Chez ceux de Dujarrier et Berger, Lejars, Ridgway (2^e cas), Gussenbauer, Wiesinger, du grêle seul;

6° Enfin, chez ceux de Klein, Loeper, de Sèze et Leroy, Gatewood (2^e cas), du côlon transverse seul.

Lésions des organes étranglés. — La séreuse péritonéale, revêtue des différents plans tassés à sa surface est, le plus souvent, sillonnée par des vaisseaux noirâtres. Quand l'étranglement date d'un certain temps, il arrive que des adhérences inflammatoires soudent le sac aux tissus qui l'entourent. La présence de liquide dans le sac, comme dans le cas récent de Zéno, n'est pas constante, et dans ce cas, l'intestin gonflé est directement en rapport avec la paroi du sac. Le plus souvent, le liquide existe; d'abord citrin, il ne tarde pas à devenir brunâtre, coloration qui peut être dûe à des extravasas sanguins.

L'intestin et l'épiploon peuvent aussi présenter des lésions. Dans la plupart des cas, l'épiploon accompagne l'intestin. Cependant, nous avons vu qu'on pouvait avoir soit de l'épiploon seul, soit du grêle ou du côlon transverse seul. L'épiploon peut présenter des lésions de congestion et d'inflammation;

il est épais, boursoufflé par l'œdème et, au lieu d'avoir la frange épiploïque normale, on constate de gros paquets agglutinés les uns aux autres.

Les lésions de l'intestin sont les plus intéressantes. Ce sont elles qui commandent le pronostic. L'anse, généralement peu considérable, est congestionnée et présente une teinte rougeâtre: la paroi est épaissie.

La transsudation du liquide dans le sac se produit sous l'effet de ces phénomènes inflammatoires. Au niveau de l'étranglement, l'anse comprimée est marquée d'une dépression circulaire; si l'étranglement est ancien, des taches ecchymotiques et des taches gangréneuses et de coloration verdâtre peuvent se voir au niveau de l'étranglement (observation de Max Sebba).

En somme, ces organes présentent les lésions habituelles des viscères étranglées (d'après Daniel Fabre).

CHAPITRE IV

Etiologie et Pathogénie

DÉFINITION DE LA HERNIE ÉPIGASTRIQUE. — On désigne sous le nom de hernies épigastriques des tumeurs molles, plus ou moins réductibles, siégeant dans l'aire d'un losange dont les deux bords supérieurs, partant de l'appendice xiphoïde, longent les cartilages costaux des dernières côtes, tandis que les deux bords inférieurs, partant des sommets de la onzième côte, vont se rencontrer à l'ombilic: elles se produisent à la faveur d'ouvertures normales ou anormales, placées au niveau de la ligne blanche, dans le losange sus-décrit.

Il y a lieu d'éliminer de l'étude des hernies épigastriques les éventrations spontanées ou traumatiques, ces dernières, accidentelles ou post-opératoires, particulièrement fréquentes.

REVUE DE L'ÉTIOLOGIE DES HERNIES ÉPIGASTRIQUES EN GÉNÉRAL. — L'étiologie étant la science des causes, voyons brièvement, avant de commencer l'étude

des causes de l'étranglement de la hernie épigastrique, pour quels motifs, pour quelles raisons tel malade est porteur d'une hernie de la ligne blanche sus-ombilicale.

On pensait, auparavant, que les causes déterminantes des hernies épigastriques étaient l'effort et le traumatisme; dans sa thèse, Daniel Fabre pense que l'influence de la profession est indéniable; en fait, c'est surtout chez les ouvriers qui, par leur professions, doivent se livrer à des efforts intenses et constants, que se voient les hernies épigastriques. Fabre signale comme étiologie traumatique les contusions limitées de l'abdomen, où la déchirure de l'aponévrose peut se faire à la suite d'une chute faisant porter la paroi abdominale sur une saillie plus ou moins aiguë. Kehn cite le cas d'un employé de tramway qui reçut brusquement, dans l'épigastre, la manette de mise en marche: une hernie se produisit aussitôt, la ligne blanche était rompue.

Outre ces contusions, on croyait que l'action de s'étirer les bras levés et, en général, tous les mouvements capables de mettre le tronc en hyperextension suffisaient pour provoquer une hernie épigastrique, de même « tous les mouvements qui ont pour effet de contracter violemment la paroi abdominale, tels l'action de soulever un fardeau, la tension brusque pendant les violents accès de toux, coqueluche chez l'enfant, et, en général, dans toutes les affections aiguës ou chroniques; on note fréquemment des cas de hernies épigastriques chez les emphysémateux. (Fabre.)

On sait maintenant que, hors de certains cas directs nets, évidents, tels celui de Kehn, on confondait le prétexte et la cause, et ces efforts violents et constants des manouvriers n'agissent qu'en tant qu'occasion, et ne suffisent pas, à eux seuls, à la production d'une hernie épigastrique.

On admet actuellement l'existence d'une prédisposition, d'une faiblesse, d'une malformation congénitale. « Le rôle de cette malformation anatomique congénitale apparaît aujourd'hui incontestable, dit M. le Pr. Patel, les conditions embryologiques de fermeture de la paroi sus-ombilicale expliquent la grande fréquence des hernies de cette région, comparativement à celles de la région sous-ombilicale, qui sont très rares. »

Le Page, dans sa thèse, signale le cas d'un enfant de trois mois, dont la grand'mère portait une hernie inguinale double, l'oncle deux hernies semblables, et le père à la fois deux hernies inguinales et une hernie épigastrique. L'enfant présentait, comme son père et exactement au même niveau, une hernie épigastrique survenue pendant les efforts faits par l'enfant pour crier. Une deuxième observation de la thèse de Le Page concerne un individu atteint d'une hernie épigastrique, son père et sa mère sont porteurs de hernie inguinale et son frère a contracté également, à l'occasion d'une chute, une hernie inguinale. Deux exemples frappant de la faiblesse congénitale de la paroi.

Il y a des hernies embryonnaires, larges éventrations xipho-ombilicales, qu'on ne peut considérer

comme des hernies épigastriques proprement dites. Elles sont toujours accompagnées de malformation des organes qui se sont développés en dehors de l'abdomen; les éléments musculaires et aponévrotiques font totalement défaut, d'où impossibilité pour le chirurgien de refaire une paroi.

D'autres hernies apparaissent à la naissance, dûes à un écartement du muscle grand droit. Berger fait de la hernie épigastrique un vestige de cette aplasie de la ligne blanche, tant ce diastasis des droits est fréquent chez l'enfant et la hernie épigastrique rare chez l'adulte. Vignes a publié le cas d'un adulte de 46 ans, porteur de hernie épigastrique, coexistant avec ce diastasis des droits de 10 centimètres, et Foy le cas d'une personne qui avait un fort diastasis des droits: son sternum était long seulement de 9 centimètres et elle n'avait pas d'appendice xiphoïde; d'où anomalie d'insertion des droits et aussi de la ligne blanche élargie et amincie.

Souvent ces hernies épigastriques congénitales coexistent avec d'autres hernies ombilicales ou crurales ou avec d'autres malformations, telles que : absence complète d'un muscle droit, etc...

M. le Pr. Patel signale encore comme cause pathogénique des hernies épigastriques, l'existence du lipome herniaire : « Il domine toute l'étiologie de la hernie épigastrique. » Ce rôle du lipome préherniaire, entrevu par Scarpa, Pelletan, Cloquet et Velpeau, a été nettement établi et mis en évidence par Lucas-Championnière qui pratiqua les premières cures radicales. Lucas-Championnière insiste sur l'état de fluidité de

la graisse chez le vivant ; elle a ainsi toute facilité pour s'insinuer dans les orifices aponévrotiques. Lorsque l'épiploon se charge de graisse, son volume augmente, il diminue d'autant la capacité de l'abdomen, et augmente la pression au niveau des orifices herniaires. Cette graisse, à la température du corps, étant presque liquide, entraîne le péritoine à sa suite et, la poussée abdominale aidant, les différentes variétés de hernies épigastriques se réalisent aisément.

Tel serait le mécanisme de la formation des hernies épigastriques chez les obèses ; chez les gens maigres, c'est la disparition de la graisse qui, laissant les espaces vides, favorise la formation de ces hernies.

HERNIES ÉPIGASTRIQUES ET GROSSESSE. — Selon Berger, presque toutes les femmes qui ont eu des enfants font remonter à leur grossesse l'origine de leur hernie. Voyons donc le rôle que peut jouer la grossesse dans la production des hernies épigastriques.

Sencert, de Nancy, a bien montré le rôle de la grossesse dans la production des hernies ombilicales.

A l'état normal, l'équilibre abdominal de la femme est réglé par la contraction de la paroi et le déplacement des viscères, contraction des muscles grand oblique et grand droit ou « sphincter abdominal externe de Tuffier », mouvement et contraction de l'intestin, « sphincter abdominal interne de Tuffier ».

A l'état de grossesse, deux choses vont transformer cet équilibre abdominal : 1° l'affaiblissement du sphincter abdominal externe ; 2° l'augmentation de pression intra-abdominale.

Les traités d'accouchement décrivent en détail les

changements survenus dans la forme et la constitution de la paroi abdominale pendant la gravidité : La peau, distendue dans ses couches profondes, se déchire ; les muscles, allongés, s'amincissent, leurs fibres s'écartent ; les aponévroses distendues s'éraillent, les bords de leurs orifices normaux, tirillés en sens inverse, s'écartent l'un de l'autre. Du côté des droits et de la ligne blanche, la distension agit d'une façon telle qu'il en résulte à chaque contraction des muscles abdominaux, par exemple quand la femme couchée sur le dos veut se mettre sur son séant, un espace dans lequel s'engagent les anses intestinales. Le sphincter abdominal externe a perdu sa tonicité ; d'autre part, l'utérus augmenté de volume, a fortement élevé la pression intra-abdominale ; l'équilibre abdominal est rompu.

Or, à l'état normal, l'anneau ombilical, de même que les orifices de la ligne blanche sus-ombilicale, ne sont protégés que par l'équilibre abdominal qui dirige ailleurs les pressions. Ici, la ligne blanche a perdu, par sa distension, ses quelques défenses naturelles et l'équilibre abdominal ne la protège plus. Deux conditions éminemment favorables à la production des hernies.

D'où vient donc qu'elles soient si rares ?

Dès le début de la grossesse, l'utérus, s'élevant dans la cavité abdominale tend, à cause de la lordose physiologique de la colonne vertébrale, à venir s'appuyer sur la paroi antérieure, surtout dans la situation debout des premiers mois de la grossesse ; il en résulte un espace libre, en arrière et sur les côtés de

la matrice. C'est là que la pression abdominale poussera de préférence les anses intestinales, déjà sollicitées par leur poids. A partir du cinquième mois, l'utérus affleure à l'orifice ombilical. Après le cinquième mois et jusqu'au terme, l'utérus dépasse largement le niveau de l'orifice ombilical, puisqu'il s'élève jusqu'à trente-cinq centimètres environ au-dessus du pubis, c'est-à-dire qu'il atteint presque l'appendice xiphoïde. Si l'on tient compte que les trois quarts des hernies épigastriques se produisent dans le tiers inférieur de la ligne blanche sus-ombilicale, on voit que, l'utérus refoulant vers le haut, mais sur les côtés et en arrière, les organes, ceux-ci ne seront plus sollicités à pénétrer dans les orifices de la ligne blanche, d'où la rareté exceptionnelle des hernies épigastriques pendant la grossesse.

FRÉQUENCE DES HERNIES ÉPIGASTRIQUES ÉTRANGLÉES. — Dans leur *Précis de Pathologie chirurgicale*, MM. Gosset et Petit-Dutaillis écrivent que l'étranglement des hernies épigastriques est absolument exceptionnel.

Lucas-Championnière ne l'a jamais vu.

Au fait, les hernies épigastriques elles-mêmes sont très rares : elles entrent dans la statistique de Berger pour la proportion de 1,37 % (116 sur 10.000 hernies). Sebba arrive à peu près au même chiffre (223 sur 28.348 hernies) et ces auteurs n'ont chacun vu qu'un seul étranglement !

La littérature médicale, sauf erreur, ne contient que 24 observations de hernie épigastrique étranglée. Nous en publions 19.

SEXE. — Parmi les observations que nous avons pu recueillir, 10 se rapportent à des hommes et 9 concernent des femmes. Si on compare ces données aux chiffres publiés par M. le Pr. Patel, dans son *Traité des Hernies*, pour l'ensemble des hernies épigastriques, somme des observations de Berger, Championnière, Vidal, Bohland, Michmes, Roth et M. Page, ce qui fait que 283 hernies épigastriques observées concernaient respectivement 247 hommes et 36 femmes, on peut déduire que l'étranglement est beaucoup moins fréquent chez l'homme où les hernies épigastriques sont relativement nombreuses que chez la femme où les hernies épigastriques sont très rares. Il est vrai que le petit nombre d'étranglements observés ne permet pas de tirer des conclusions absolues.

AGE. — Les enfants et même les nouveaux-nés ne sont pas indemnes de hernies épigastriques, les adultes seuls sont atteints d'étranglement.

D'après les cas que nous publions, on constate même que cette complication survient surtout dans la seconde moitié de la vie et après quarante ans, et même dans la vieillesse (Cas de Dujarrier et Berger, Danforth, Massé) et l'extrême vieillesse (cas de Forbes Fraser).

Il s'agit surtout de personnes porteuses de hernies de la ligne blanche sus-ombilicale depuis de très longues années ; le malade d'Alexis Moschowitz avait sa hernie depuis 31 années, celle de Ridgway depuis 28 années, celle de Gatewood depuis 27 années.

HERNIES ÉPIGASTRIQUES ÉTRANGLÉES ET GROSSESSE. — « Il y a entre l'état de grossesse et l'étranglement des hernies une incompatibilité proverbiale.

Quelle est donc l'influence de la grossesse sur une hernie épigastrique préexistante ?

« Il arrive très souvent, dit Fischer, que des hernies qui existaient avant la grossesse diminuent, puis disparaissent au fur et à mesure que la grossesse avance. L'utérus augmentant de volume, s'élève hors du petit bassin, repoussant les anses intestinales, réduisant les anses herniées, s'il y en a, comme le fait la main de l'opérateur qui réduit une anse intertinale étranglée par la voie intra-abdominale de Lawson. Trait. »

La grossesse semble donc devoir être une condition éminemment défavorable à l'étranglement d'une hernie préexistante. Cela se passerait dès le deuxième mois pour les hernies inguinales et crurales, après le cinquième pour les hernies ombilicales et plus tard encore pour les hernies de la ligne blanche sus-ombilicale. De nombreuses complications peuvent néanmoins troubler cette heureuse évolution :

Les hernies irréductibles par adhérences ne rentreront pas ; loin de là, le soulèvement du pédicule par l'utérus gravide pourra devenir une cause de tiraillement, d'étalement, dont l'engouement des parties herniées, puis leur étranglement, pourront être la conséquence. D'autre part, l'inflexion habituelle de l'utérus gravide vers la droite laisse libre la partie gauche de la cavité abdominale où s'amoncellent les anses, qui vont peser sur les orifices herniaires déjà élargis par la distension pariétale. Malgré ces réserves, l'ascension de l'utérus reste un phénomène de la plus heureuse influence pour prévenir l'étranglement

des hernies en général, et de la hernie épigastrique en particulier.

Toutes les causes mécaniques d'étranglement sont aussi favorablement influencées par la grossesse ; la distension de la paroi abdominale amène un élargissement de la ligne blanche et de ses orifices, dont les bords s'amincissent, constituant, à vrai dire, une prédisposition à la sortie de l'intestin, mais diminuant aussi les chances d'étranglement.

Telles sont les raisons de la rareté de l'étranglement herniaire chez la femme gravide, avec les précautions et les ménagements dont elle s'entoure (d'après Sencert).

Le cas de M. le Pr. Patel, unique, je crois, dans la littérature médicale, montre que l'étranglement de la hernie épigastrique existe pourtant pendant la grossesse. Il s'agissait d'une femme de 29 ans, au cinquième mois de sa grossesse. Après l'intervention, la grossesse continua.

LÉSIONS ORGANIQUES ET ÉTRANGLEMENT. — Chez les adultes et les vieillards où les hernies se sont formées insensiblement, avec ou sans effort notable, il faut expliquer comment une hernie a pu s'étrangler. Au cours d'une autopsie, il a été remarqué, au niveau des hernies, des traces de péritonites anciennes et souvent il existait aussi des lésions de péritonite adhésive sous-hépatique ; on a vu des tractus, filaments ou membranes allant de la face inférieure du foie au duodenum et au côlon transverse ; le mésentère montrait des plaques blanchâtres, traces d'inflammation et le péritoine, envahi par la sclérose, était épaissi.

Cette péritonite sous-hépatique, étudiée par Paviot, semble jouer un rôle assez net dans la pathogénie de toutes les hernies abdominales, surtout des hernies épigastriques, puisque plus rapprochées du siège de la lésion.

Tripier et Paviot pensent qu'il y a toute probabilité pour que ces lésions de péritonite soient primitives et jouent un rôle dans la production des hernies. Le tissu musculaire est altéré sous l'influence de la péritonite. Sa résistance est diminuée, de sorte que, un point naturellement faible pourra céder, livrer passage au sac péritonéal et voilà la hernie constituée.

Il n'est donc peut-être pas sans intérêt de signaler que, chez le malade de Zéno, la hernie coexistait avec une lithiase biliaire ; l'auteur pense qu'un léger degré de péritonite sous-hépatique, due à la lithiase, a été l'amorce de l'épiploïte avec torsion, laquelle amena secondairement les accidents d'étranglement.

De même chez le malade de Lœper, l'étranglement, fait insolite, fut vraisemblablement causé par la périhépatite inflammatoire dont nous avons déjà parlé et qui n'était elle-même que la partie sous-diaphragmatique d'un processus de polysérosite et de médiastinite tuberculeuse adhésive beaucoup plus étendue.

Cette coexistence de la hernie épigastrique avec les lésions organiques telles que cancer et ulcère de l'estomac, lithiase, etc..., a déjà été constaté par beaucoup d'auteurs (observations allemandes de Garré et Cappelle, travaux de Bérard et Colombet, de Leriche, thèse d'Ertaud). Zéno y a insisté dans un mémoire intitulé *Hernia épigastica y lesiones organicas del*

estomago. Ces lésions peuvent jouer un rôle dans la production des signes douloureux si fréquents dans la hernie épigastrique, encore que les tiraillements de l'épiploon suffisent le plus souvent à les expliquer.

Cependant tout porteur d'une hernie épigastrique devenue douloureuse devra être soigneusement examiné au point de vue d'une lésion des viscères de la partie supérieure de l'abdomen et le traitement s'inspirera de ces données.

BANDAGES ET ÉTRANGLEMENT. — Dans sa thèse, Fabre signale comme cause secondaire d'étranglement de la hernie épigastrique, l'usage néfaste des bandages que portent les malades pour « contenir leur hernie ». Au fait, comme l'étranglement se produit pour des hernies souvent très anciennes (le malade de Moschcowitz l'avait depuis trente et une années, celle de Ridgway depuis vingt-huit années), on peut penser que ces bandages, en mettant les parois du sac dans un état d'inflammation permanente, créent à la longue un anneau résistant cicatriciel, capable de provoquer une constriction.

CAUSES DÉTERMINANTES. — L'étranglement, dont les causes nous sont maintenant connues, ne se réalise qu'à l'occasion d'un effort, effort provoqué par les nécessités de certaines professions très pénibles — les deux malades de Ridgway et celui de Gatewood étaient cultivateurs — effort fait pour éviter une chute, enfin effort produit par les violents accès de toux chez les sujets atteints d'une affection chronique de l'appareil respiratoire (tel le malade de Danforth, qui avait de violentes quintes de toux pendant une bronchite, à l'âge de 80 ans).

CHAPITRE V

Symptomatologie et Evolution

La symptomatologie de l'étranglement des hernies de la ligne blanche sus-ombilicale est celle de toutes les hernies étranglées. L'étranglement est généralement très grave, car il aboutit rapidement à la gangrène des organes herniés.

DÉBUT. — Rarement l'étranglement se produit brusquement. On a alors affaire à un malade porteur d'une hernie épigastrique réductible, peu ou moyennement douloureuse depuis un certain temps ; brusquement, à la suite d'un effort qui a pu être minime, la hernie s'est tendue, le malade a ressenti en même temps une vive douleur à l'épigastre et la hernie est devenue subitement irréductible. Ce début brusque peut être marqué par des vomissements. Dans nos observations, le cas le plus typique est celui de ce laboureur de Gatewood qui se plaignait d'une douleur vive, constante au niveau de sa hernie devenue

irréductible, qui avait des vomissements continuels, alors que sa hernie, qui datait de l'enfance, ne l'avait jamais inquiété, et il avait quarante ans !

Beaucoup plus souvent, on note dans l'histoire du malade un certain nombre de crises, caractérisées par de la douleur, une augmentation du volume de la tumeur, son irréductibilité temporaire, quelquefois, mais rarement, des vomissements et un arrêt des matières et des gaz. Très vite, cette crise est jugée et, en vingt-quatre heures, tout rentre dans l'ordre. Le malade n'accuse guère qu'une légère augmentation du volume de la tumeur. Telle était la malade de Massé, porteuse d'une hernie épigastrique depuis dix années, à la suite d'un effort, qui présentait de temps en temps de ces crises, calmées par des compresses d'eau chaude et une légère pression. En quelques heures, tout rentrait dans l'ordre.

ÉTAT. — C'est le plus souvent après un nombre variable de ces crises et quand la tumeur a pris un certain volume, que le véritable étranglement survient. Malgré les moyens habituellement employés et qui réussissaient à tout faire rentrer dans l'ordre (cataplasmes, compresses d'eau chaude, taxis), l'irréductibilité persiste, l'arrêt des matières et des gaz est absolu, les vomissements sont la règle, ils sont abondants et répétés, l'état général s'altère rapidement.

C'est habituellement au bout de vingt-quatre, parfois quarante-huit heures que le médecin est appelé : *l'état général* s'est aggravé, le faciès exprime l'angoisse, l'anxiété ; le pouls est petit, dépressible et parfois arythmique, la température reste normale, la

langue est saburrale. Rarement l'état général paraît bon.

La *douleur* dans la région épigastrique est habituellement vive, mais on peut voir tous les degrés d'accident, depuis les douleurs irrégulières et intermittentes, siégeant au creux épigastrique, jusqu'aux névralgies abdominales incessantes : crampes douloureuses pouvant simuler une affection gastrique ou crises gastralgiques, s'irradiant aux hypochondres, aux parois abdominale ou thoracique, prenant la forme de véritables douleurs en ceinture.

Il en est de même quant aux *troubles digestifs* ; on peut voir tous les degrés, depuis les malaises qui suivent l'ingestion des aliments, jusqu'aux vomissements habituels, bilieux, alimentaires, et devenant porracés.

L'arrêt des matières et des gaz, s'il est absolu, est un symptôme d'une grande valeur diagnostique ; souvent on note seulement une exagération d'une constipation habituelle et le malade, qui ne va à la selle que tous les deux ou trois jours, n'est nullement inquiété par ce symptôme.

De plus, et avant tous ces symptômes, le malade a remarqué que sa hernie « ne rentrait plus » par les moyens habituellement employés au cours de ses crises. *L'irréductibilité* précède souvent la douleur.

L'interrogatoire lui ayant révélé tous ces symptômes, le médecin fait alors l'examen du malade.

A l'*inspection*, il constate l'existence, le long de la ligne blanche sus-ombilicale, d'une tumeur dont le volume a pu être comparé, selon les cas, à un grain

de raisin, à une noix, à une tête de fœtus à terme. La peau qui recouvre la tuméfaction est chaude et rouge, pouvant simuler une plaque d'érysipèle (Moschcowitz) ; elle peut même être noirâtre (Ridgway).

A la *palpation*, cette tumeur est dure, résistante à la main, tendue, sensation toute différente de celle que l'on observe dans les hernies non-étranglées qui sont molles et cèdent sous la pression. De plus, elle est arrondie ou globuleuse, douloureuse à la pression — la douleur est surtout vive au collet — et, fait important, elle est irréductible.

L'impulsion à la toux et à l'effort est négative.

La *percussion* est douloureuse, elle nous révèle en général de la matité due à la présence de liquide dans le sac. Cette matité peut parfois être remplacée par de la sonorité produite par les anses intestinales sous-jacentes ou encore, dans le cas de gangrène, par la formation de gaz à l'intérieur du sac.

Cette tuméfaction ne se différencie, en somme, en rien, à son siège près, des autres hernies étranglées. Voyons quelle en serait l'évolution si on n'intervenait pas.

EVOLUTION. — Si l'étranglement est abandonné à lui-même, tous les signes fonctionnels persistent, l'arrêt des matières et des gaz reste complet, le ventre devient tendu, ballonné, les vomissements se succèdent à de courts intervalles, les inspirations deviennent fréquentes, le pouls est à peine perceptible, les extrémités se refroidissent et la mort survient peu de temps après par intoxication générale ou par péritonite généralisée ; l'intestin, envahi par la gangrène,

laisse les liquides septiques du sac s'épancher dans le péritoine et, si des adhérences n'ont pu se former, le contenu intestinal pourra se déverser dans la cavité abdominale.

Ces deux facteurs, intoxication générale et lésions de l'intestin, dépendant du laps de temps qui s'est écoulé depuis le moment où l'étranglement s'est produit, d'où la nécessité d'une intervention rapide ; mais un autre facteur intervient au point de vue pronostic, c'est la variété de la hernie ; les petites hernies sont plus exposées au sphacèle ; dans les entéro-épiplocèles, l'épiploon protège l'intestin, aussi offrent-elles un pronostic plus favorable que les entéro-cèles proprement dites (d'après Fabre).

Daniel Fabre signale encore que la guérison par réduction spontanée n'a jamais été observée, du moins dans la hernie véritablement étranglée. Le seul mécanisme de guérison, rare d'ailleurs, pourrait être, comme pour les étranglements herniaires, la production spontanée d'un phlegmon stercoral s'ouvrant à la peau et donnant passage aux matières et aux gaz ; d'ailleurs cette guérison n'est que momentanée et ne donne généralement qu'une courte survie.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Douleurs, vomissements, arrêt des matières et des gaz chez un malade porteur d'une hernie de la ligne blanche sus-ombilicale, dont l'irréductibilité s'est manifestée d'une façon certaine et est absolue, absence d'impulsion à la toux et à l'effort, signent l'étranglement de la hernie épigastrique.

Le plus souvent on est mis sur la voie du diagnostic par le malade lui-même.

Cependant le cortège de ces symptômes est souvent incomplet ; de plus, ils peuvent être plus ou moins vagues, plus ou moins nets et, chacun pris à part, est loin d'être pathognomonique d'un étranglement.

Voyons donc à quoi, après l'étranglement, peut penser le médecin.

Dans tous les cas examinés, la discussion n'a pas été longue.

Un *abcès pariétal*, siégeant dans la région épigas-

trique, avec l'ensemble des symptômes locaux et généraux qu'il peut entraîner, a pu simuler une hernie épigastrique étranglée pas nettement caractérisée. Ce n'est qu'au cours de l'intervention que Alexis Moschowitz put infirmer cette hypothèse, chez son malade.

Cependant les anamnestiques et un examen méthodique devront généralement mettre sur la voie du véritable diagnostic.

Une erreur qu'on pourrait commettre serait, cependant, celle qui consisterait à prendre pour une hernie étranglée une *hernie épigastrique banale à forme douloureuse*. Dans cette forme, décrite par M. le Pr. Patel, les douleurs irradiées, prenant le masque des crises gastralgiques, du tabès, de l'ulcère de l'estomac, ou d'une dyspnée douloureuse, tiennent la première place.

La crise est souvent réveillée par la palpation de la hernie ou par un effort, paraissant la serrer dans son anneau. Douleur intense, vomissements, constipation pouvant faire penser à un arrêt des matières, — parfois diarrhée — telle est la théorie des symptômes de ces pauvres malades chez lesquels le moindre effort, la toux réveille ou exagère la douleur et qui, pour ne pas souffrir, s'avancent, courbés en avant, mettant dans le relâchement leur paroi abdominale. Certains pour qui l'ingestion des aliments est une cause de souffrance, ne s'alimentent plus et, d'ailleurs, la disparition de l'appétit se montre toujours rapidement ; c'est alors la diminution et la perte des forces, l'amaigrissement rapide et enfin la cachexie

qui emporte le malade dans un temps relativement court.

La palpation de telles hernies, molles, cédant sous la pression, ne donne pas la sensation de dureté, de tension, de résistance à la main, de l'étranglement.

Ce sont surtout les hernies épigastriques petites, passant parfois inaperçues, non réductibles, qui donnent naissance à ces phénomènes, tandis que les hernies plus étendues, réductibles, sont souvent bien tolérées.

M. le Pr. Patel rapporte à trois causes les douleurs de telles hernies :

1° Au lipome sous-péritonéal, qui se comporte comme un tubercule sous-cutané douloureux et hypersensible.

2° Au ligament rond, tiraillé, amenant la tension du ligament falciforme, lequel attire le foie en bas.

3° A une affection organique, gastrique surtout, concomitante..., et ceci nous amène à envisager une coexistence fréquente possible de hernie épigastrique et de *lésions organiques*, lésions dont les symptômes ont pu simuler l'étranglement.

S'il est exceptionnel que l'estomac lui-même soit soutenu dans la hernie, encore qu'une observation de Blanc, de Saint-Etienne, ait montré que, quoi qu'on en ait dit, cela soit possible, nous savons, d'après les travaux de Garré et Cappelle, en Allemagne, d'après les observations lyonnaises de Bérard et Colombet, de Leriche, d'après la thèse d'Ertaud et l'ouvrage de A. Zéno : « *Hernia épigastica y lesiones organicas del estomago* » (*La Prensa medica argentina*, 1915), que

l'association est fréquente entre la hernie épigastrique et une lésion ulcéreuse ou néoplasique de l'estomac, que ces hernieux souffrent et vomissent parce qu'ils ont, derrière leur lésion, un estomac malade pour son propre compte.

Ertaud opéra un malade porteur d'une perforation de l'estomac, avec le diagnostic de hernie épigastrique étranglée, diagnostic qu'il rectifia vite, d'ailleurs, au cours de l'intervention.

Un carcinome de l'intestin a pu simuler l'étranglement d'une hernie épigastrique coexistante. Rivet, de Nantes, en rapporte une belle observation.

Hotchkiss crut longtemps qu'il s'agissait chez son malade, éthylique avéré, d'une crise de gastrite alcoolique, alors que c'était un étranglement.

Le pseudo étranglement de la hernie, c'est-à-dire l'irréductibilité et la douleur au niveau du pédicule, est un fait banal au cours des péritonites, quelle qu'en soit la cause. Ertaud en observa un cas dans les circonstances suivantes : C'était un homme porteur d'une hernie inguinale ancienne et habituellement réductible, qui avait reçu dans le ventre un coup semblant avoir été peu violent ; sa hernie était tendue, irréductible, douloureuse. Le diagnostic d'étranglement fut porté. A l'intervention, la hernie n'était pas étranglée, il s'agissait d'une rupture de l'intestin.

Ainsi, tout porteur de hernie épigastrique devenue douloureuse, devra être soigneusement examiné, au point de vue d'une lésion des viscères de la partie supérieure de l'abdomen et le traitement s'inspirera de ces données.

Daniel Fabre signale que, dans sa thèse, Vernet montra que, chez certains sujets, des signes graves : douleurs violentes, vomissements, constipation, simulent un étranglement. Ces accidents à début brusque seraient dus au *pincement* d'une portion de l'intestin dans une fissure sus-ombilicale. Contrairement à l'étranglement, cet accident est surtout fréquent chez l'enfant ; la soudaineté du début se traduit en général par des signes violents, éclatant en pleine santé chez des sujets qui ne présentaient pas de hernie de la ligne blanche ; la réduction de l'intestin, en général facile, fait cesser immédiatement les accidents. Enfin l'exploration directe de la paroi, mise alternativement en tension et en relâchement, amènera la découverte de cette fissure sus-ombilicale.

CHAPITRE VII

Traitement

Le traitement se propose deux choses : 1° lever l'étranglement ; 2° faire une cure radicale de la hernie. C'est ce qu'on a appelé la kélotomie épigastrique.

Le choix de l'anesthésique a son importance. On a souvent affaire à des malades dont l'état général n'est pas satisfaisant, et l'anesthésie générale doit être prudente. Elle doit être aussi courte et aussi économique que possible dans ces états stercorémiques. La fragilité pulmonaire de beaucoup de ces malades à corpulence exagérée, se congestionnant facilement, contre-indique souvent l'éther. Aucune des opérations que nous rapportons n'a été faite à l'anesthésie rachidienne. Le fait qu'on sera obligé parfois de faire une ponction assez haute pour obtenir une anesthésie suffisante, doit nous rendre circonspect en la matière. Dès lors, l'anesthésie locale ou régionale sera préférée toutes les fois qu'il sera possible.

Quatre « boutons » seront tracés, en haut, en bas, à gauche et à droite de la tumeur et les injections pratiquées en éventail de la peau au tissu cellulaire sous-péritonéal.

Nous n'insistons pas sur les préliminaires communs : enveloppement des membres, « préparation » de toute la paroi abdominale.

1^{er} TEMPS : INCISION CUTANÉE VERTICALE MÉDIANE.
— Cette incision croisera, dans son grand axe, la tumeur herniaire ; les deux extrémités de cette incision dépasseront largement, en haut et en bas, le pourtour en relief de la tumeur : à se faire beaucoup de jour, on gagne beaucoup de temps.

Au centre de la tumeur, la peau, par la couche grasseuse sous-cutanée, est souvent adhérente au sac herniaire, formant presque une mince paroi commune, tant la couche grasseuse est réduite et refoulée. On traînera donc légèrement le bistouri à ce niveau : ouvrir le sac du premier coup, c'est à peine un incident et presque une simplification ; mais, accolée à la face profonde du sac, une anse distendue peut s'offrir au bistouri et il est arrivé de la blesser ou de l'ouvrir.

Ainsi, pour peu que la peau et le sac vous semblent trop minces et trop intimement fusionnés au centre de la hernie, on commencera la dissection plus loin, en haut et en bas, et on la poursuivra, de la circonférence aisément libérable à la partie centrale adhérente.

Si la hernie est grosse, la peau mince, violacée, altérée au centre, on dédoublera l'incision médiane,

on circonscrira par deux traits semi-lunaires, un ovale cutané, qu'on excisera avec le sac ; de la sorte, les deux traits semi-lunaires donneront tout de suite accès dans une nappe cellulo-adipeuse où la fusion sera moins étroite.

2^e TEMPS : ISOLEMENT ET OUVERTURE DU SAC. EXAMEN DU CONTENU. — Le deuxième temps devra consister, autant que possible, à décoller le sac sur toute sa périphérie, à l'énucléer, à l'isoler comme une tumeur.

Ouvrir le sac, sur la ligne médiane, en faisant un pli en quelque point non adhérent à sa mince et transparente paroi. Agrandir la boutonnière, glisser, si l'on peut, le doigt ou, à défaut, une sonde cannelée, et, sur elle, achever de fendre, aux ciseaux, de bas en haut, et de haut en bas.

Cette incision ne sera pas toujours exactement régulière et médiane ; par place on peut rencontrer un épaissement arciforme, une zone adhérente, qu'il faudra décoller et contourner. Si on a circonscrit un ovale de peau, on fera bien d'ouvrir aussi la paroi sacculaire suivant les deux traits semi-lunaires et, de la sorte, en la décollant au doigt sur sa face profonde, on excisera une colonne médiane qui donnera large accès.

Les deux lèvres seront immédiatement repérées avec des pinces.

On est alors en présence du contenu sacculaire, qui n'est pas toujours le même. Supposons un cas commun : une nappe d'épiploon adhérent et recouvrant en opercule une anse intestinale ; alors, détacher, mo-

biliser, relever cette coiffe d'épiploon afin de voir ce que contient réellement la hernie. Pour cela, tendre l'une des lèvres sacculaires avec les pinces qui l'ont amarrée et commencer la décortication d'avant en arrière, avec le doigt qui suit de près la face interne du sac, avec la sonde cannelée, ou avec des ciseaux courbes. Pincer et couper les brides qui ne cèdent pas, pincer de même celles qui se rompent.

Sur l'autre face, répéter le même travail.

Passer ensuite à la partie inférieure du sac et si quelques nappes épiploïques résistent trop, les étreindre entre les mors d'une pince de Kocher et les sectionner au-dessous.

Le rideau épiploïque est levé, l'intestin apparaît : une anse noirâtre, distendue, très variable naturellement de longueur et d'aspect.

Avant d'aller plus loin, irriguer à l'eau salée bouillie le contenu sacculaire qu'on a, cette fois, tout entier sous les yeux, puis bien déterger avec une compresse aseptique épiploon et intestin, examiner la paroi intestinale, voir tout de suite si quelque perforation n'est pas toute prête à s'ouvrir et n'exige pas quelques précautions immédiates pour que, dans les manœuvres qui vont suivre, le contenu intestinal ne s'échappe pas brusquement et ne tombe pas dans le ventre.

Si la hernie est petite, après incision cutanée, en long, on commencera pas « décalotter » et par isoler la tumeur graisseuse jusqu'à l'aponévrose, en mettant bien à découvert, par le frottis à la compresse, le bord supérieur de l'anneau. Cela fait, on ouvrira le sac

d'abord et on détergera le contenu avant de débrider en haut sur la ligne blanche.

3° TEMPS : DÉBRIDEMENT. — Débrider de préférence sur la ligne médiane. Pour cela, rabattre l'épiploon, bien dégager le bord supérieur de l'anneau, le cintre toujours fort net et à l'œil et au doigt. Il faut voir le cintre pour le débrider. Au-dessous de lui, glisser un doigt ou, si on ne peut, une sonde cannelée et, sur cette sonde, aux ciseaux, couper la paroi abdominale fibreuse, pendant un centimètre ou un centimètre et demi.

« Se débarrasser » tout de suite de l'épiploon. Terminer le décollement de ses adhérences au collet, « amener » son pédicule, le lier en chaîne et le sectionner ; bien déterger le moignon, le réduire.

4° TEMPS : RÉDUCTION. — L'intestin, à son tour, est attiré dans le sac et, supposons qu'il ne soit pas gravement altéré, et qu'il ne porte aucune plaque de sphacèle. Il est examiné sur toutes ses faces et spécialement au niveau de l'encoche et, sous le sérum chaud, la paroi reprend une couleur moins sombre, de la tonicité, et les signes de la vie.

Réduire, après avoir réparé, s'il y a lieu, les érosions séro-musculaires, les éraillures mésentériques, etc.....

Si l'anse intestinale est longue, chose qui arrive rarement dans la hernie épigastrique, si la paroi abdominale est rétractée, si le malade fait des efforts, tousse et respire mal, on peut rencontrer beaucoup de difficulté dans ce taxis à ciel ouvert.

Or, ne jamais, en pareil cas, faire de taxis forcé : si

l'anse à réduire résiste à des tentatives méthodiques, débrider plus largement sur la ligne médiane, faire soulever, avec des pinces, les deux bords de l'incision, étaler à la surface de l'intestin à réduire une large compresse dont le pourtour est insinué en ourlet jusque dans le ventre, et refouler alors doucement, en commençant par la périphérie.

5° TEMPS : RÉFECTION DE LA PAROI. — Tout est rentré, s'assurer que rien ne saigne, qu'aucune bride ne reste adhérente à la face profonde de l'anneau, s'occuper alors de la réfection de la paroi ; excision et fermeture du sac, suture de la paroi.

Si on a commencé à isoler le sac comme une tumeur, il sera très simple en général d'en rassembler les deux autres moitiés, d'attirer le collet au dehors, en dégageant bien tout son pourtour, d'y jeter une double ligature enchaînée et de le sectionner au-dessous.

Pour faire une bonne réunion de la paroi, s'arranger pour que le moignon ne reste pas au centre de l'anneau, comme un bouchon, mais pour qu'il se rétracte librement.

S'il a fallu faire un débridement de quelque étendue, on fendra largement la ligne blanche, la pédiculisation et la ligature du collet deviendront très malaisées ou impossibles : on réunira par un surjet les deux lèvres péritonéales et, lorsqu'elles sont très adhérentes, minces, friables, qu'elles se lacèrent sous la moindre striction du fil, on comprendra à la fois dans le surjet le péritoine et les plans profonds de la paroi, ou encore, on adossera en masse, dans toute leur épaisseur, les deux bords de la plaie, par une série de points en U.

En effet, la suture de la paroi, après une kélotomie pour étranglement, ne pourra que rarement être pratiquée avec la technique minutieuse que l'on apporte à une cure radicale. Il faudra aller vite et réaliser, le plus brièvement possible, la réparation pariétale. On aura donc recours, suivant les conditions locales et le temps dont on disposera, aux pratiques suivantes :

1° L'orifice herniaire est élargi, en haut et en bas, par un débridement de 1 ou 2 centimètres ; le rebord épais en est excisé, puis, de chaque côté une incision verticale ouvre la gaine du muscle droit. On aura dès lors, après quelque dissection, trois plans à réunir séparément : le feuillet postérieur de la gaine, le bord interne des deux muscles et le feuillet antérieur de la gaine. Sur ce triple étage, faire un triple surjet. Cette suture à trois plans, qui rapproche les deux bords comme un double rideau, est la meilleure méthode quand on a le temps et l'étoffe.

2° En cas d'extrême urgence, on sera parfois contraint de se borner à suturer purement et simplement, après avivement, les bords de l'anneau par quelques points séparés. Dans les mêmes conditions, si l'orifice est de dimension médiocre et que le moignon du sac le remplisse, on pourra se contenter, à la rigueur, de cette manière de bouchon.

Quel que soit le procédé de réfection, on mènera vite cette besogne terminale et rapidement aussi on excisera les amas graisseux qui encombrent la plaie, la portion amincie et exubérante de la peau et on fera la suture en appliquant largement les deux valves, parfois fort épaisses, de l'incision.

Un large bandage de flanelle, abondamment ouaté et bien serré, représente le complément indispensable du pansement.

Le résultat de ces interventions est, en général, bon (2 morts: Fabre, Hotchkiss). La guérison a été obtenue dans tous les autres cas après des suites opératoires en général sans incident, sauf une fistule stercorale (Max Sebba) rapidement tarie, il est vrai ; des troubles psychiques (Forbes Fraser), des troubles pulmonaires graves ayant mis la vie en danger (Danforth). Les suites éloignées sont moins connues. Certains malades ont pu néanmoins être revus à plusieurs reprises, sans récurrence. La plupart des observations sont muettes à ce sujet.

Quel qu'il soit, d'ailleurs, le résultat éloigné, il ne saurait influencer en rien sur la décision opératoire qui est dictée par l'étranglement. La kélomie s'imposera toujours, la cure radicale ne viendra qu'en seconde ligne.

CHAPITRE VIII

Observations

I

Observation de M. le Professeur PATEL
(*Lyon Chirurgical*, 1929.)

Il s'agit d'une jeune femme de 29 ans, enceinte de 5 mois 1/2. Elle était porteuse, depuis longtemps, d'une petite hernie épigastrique, qui n'était nullement douloureuse. Elle le devint il y a 2 mois ; les douleurs s'accusèrent progressivement et l'amènèrent à l'hôpital. A son entrée, la grossesse était à 5 mois, absolument normale. Il existait, à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, une petite tuméfaction du volume d'une noix, tendue et douloureuse, irréductible. Malgré quatre jours de repos, les symptômes ne se modifièrent pas.

Le 28 février 1929, j'intervins et je constatai l'existence d'un lipome sous-péritonéal, congestionné et déjà noirâtre ; le sac péritonéal, tout petit était vide. Cure radicale.

Sortie de l'hôpital le 8 mars 1929. La grossesse continue.

II

Observation de LOEPER, DE SÈZE et LEROY
(*Le Progrès Médical*, 1929.)

M. P... Raoul, âgé de 24 ans, entre à l'hôpital de la Pitié le 7 septembre 1928 parce que, depuis une quinzaine de jours,

son ventre grossit avec rapidité. Mais c'est seulement au début de janvier 1929 que nous l'examinons nous-mêmes pour la première fois.

On se trouve en présence d'un véritable infantile... On note tout de suite de très nombreuses cicatrices d'adénite suppurée, cicatrices irrégulières, plissées, rétractées dont l'aspect est tout à fait celui des cicatrices de suppuration tuberculeuse...

A l'examen de l'abdomen, on trouve d'abord tous les signes d'une ascite abondante, et on est immédiatement frappé par l'existence, dans la région épigastrique, d'une saillie arrondie, rénitente, d'ailleurs parfaitement réductible : cette poche liquide communique avec l'abdomen par un orifice où le doigt pénètre facilement et se sent comme entouré par un anneau dur et tranchant : il s'agit d'une grosse hernie de la ligne blanche sus-ombilicale, autrement dit d'une hernie épigastrique. A certains moments, la poche ne contient que du liquide d'ascite, tantôt elle contient en outre une anse intestinale. La peau, à ce niveau, est amincie et parcourue par un fin réseau veineux : lorsque le malade tousse, lorsqu'il pousse, lorsqu'il fait un effort pour s'asseoir, la hernie exagère son volume et atteint les dimensions d'une tête de fœtus ; en même temps la peau s'amincit d'une façon inquiétante, et devient presque transparente en même temps qu'elle prend une teinte franchement violacée.

Cette hernie, nous dit le malade, est d'apparition récente. Elle s'est installée brusquement, au début d'octobre au moment où l'ascite, devenue très abondante, allait nécessiter la ponction pour la première fois.

Il existe sous la peau de l'abdomen une circulation collatérale d'importance moyenne. Le foie est gros et surtout très dur... Il s'agit d'une cirrhose... On constate, dans le deuxième espace intercostal droit un centre de battements... on entend un souffle superficiel à ce niveau... De plus toute la base droite est mate, les vibrations y sont abolies et l'on n'y entend pas le murmure vésiculaire...

Entre le mois de septembre 1928 et le mois de mars 1929, le malade reçoit, sans aucun résultat, un traitement au cyanure et une série de sulfarsénobenzol ; il subit quatre ponc-

tions de environ 7 litres chaque fois. L'ascite se reproduit rapidement. Au-devant de la hernie épigastrique, la peau se distend et s'amincit davantage de mois en mois. On commence à redouter la possibilité d'une ulcération.

Au début de mars, nouveau traitement au 440 β sans grands résultats... Vers le 15 août apparaît un fait nouveau : la hernie ne rentre plus ; le malade remarque ce fait mais ne lui accorde aucune importance. Dans la nuit du 21 au 22 avril, il fait de violents efforts de toux, le 22 avril au matin, il ressent de vives douleurs dans la région épigastrique ; il y a arrêt complet des matières et des gaz ; coup sur coup, le malade vomit 4 à 5 fois. La température monte à 37°5, le faciès s'altère.

A l'examen la hernie est tendue ; on sent, à travers une couche liquidienne, une tuméfaction arrondie, très dure, irréductible. Pas de modification à la toux. Douleur vive au collet.

Indiscutablement il existe un étranglement herniaire, devant lequel on n'a plus le choix de la conduite à tenir. Quels que soient les dangers possibles de l'intervention, quels que soient les risques de fistulation consécutives, l'indication opératoire apparaît formelle.

Transporté d'urgence en chirurgie, dans le service du Professeur Lenormand, le malade est opéré le jour même, à 18 heures, par MM. Leroux et Sénèque. Anesthésie locale. Deux incisions curvilignes, à direction générale transversale. Libération par en haut et par en bas jusqu'au collet. Laparotomie verticale médiane au-dessous de la hernie. Puis section du collet. Contenu : côlon transverse en bon état, qu'on réintègre. On profite de l'intervention pour assécher complètement le péritoine. Puis, fermeture des muscles en un plan aux crins. Crins cutanés. Un drain sous la peau.

Les suites opératoires sont plus satisfaisantes qu'on n'eût jamais osé l'espérer. La température, dès le troisième jour, est à 37° et y reste. La brèche opératoire se ferme par première intention, les sutures tiennent parfaitement : le malade a retrouvé une paroi ferme et solide.

L'ascite semble se reproduire beaucoup moins rapidement... Le malade a été revu le 23 juin : l'abondance de l'ascite était très modérée, et la nécessité d'une évacuation ne s'imposait nullement.

III

Observation de Artemio ZÉNO

(*Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*,
Paris, 1928.)

Mme M. E. F..., de Ch. (Argentine), mariée, âgée de 23 ans, entre à la clinique le 10 juin 1927, envoyée par le Docteur Jose Piaffo.

Histoire clinique : Règles normales, mariée depuis 6 ans, 2 enfants bien portants. Pas d'avortement. Depuis 1 an 1/2, la malade présente des crises de lithiasé biliaire : douleurs aiguës à l'hypochondre droit et à l'épigastre, avec irradiation à l'épaule droite ; ictère foncé, décoloration des matières fécales ; urines acajou, fièvre. Ces accidents cèdent au traitement médical la malade ne désirant pas se faire opérer. Constipation opiniâtre : 3 ou 4 jours sans aller à la selle.

Depuis quelques mois, la malade a constaté l'existence d'une petite tumeur dans la région de l'épigastre, à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic, tumeur molle de la grosseur d'une noisette, peu gênante, se réduisant facilement dans le décubitus dorsal, mais réapparaissant dès le retour à la station droite.

Il y a deux jours, étant couchée, la malade ressent de vagues douleurs au niveau de la hernie et constate qu'elle n'est plus réductible. La douleur persistant, on fait appel à un médecin qui essaie vainement à son tour de pratiquer la réduction. Les douleurs augmentent, mais sans trop d'intensité. Pas de vomissement, pas de ballonnement, exagération de la constipation habituelle. Sur le conseil de son médecin, la malade entre à la clinique.

Examen : Femme maigre, état général médiocre, masses musculaires flasques, peau pâle, langue saburrale, pas de dyspnée ; pouls à 80. Tension normale. A deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, on constate l'existence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix, irrégulière, tendue, résistante et douloureuse. La réduction est impossible. Le reste de l'abdomen est normal. Pas de résistance anormale ni de péristaltisme exagéré. Opération : le 10 juin 1927, avec l'aide du Docteur O. Cames. Narcose à l'éther. Incision sus-ombilicale de 6 centimètres.

On tombe sur une masse grasseuse, irréductible, que l'on dissèque par sa base. En la mobilisant on constate dans la partie inférieure, la présence d'un sac herniaire que l'on ouvre.

Il s'échappe un peu de liquide séro-sanguinolent. La base du sac est très large ; sur son côté droit, on trouve de l'épiploon adhérent et présentant en même temps une légère torsion. Ligature et résection de l'épiploon étranglé ; extirpation de la graisse pro-péritonéale. Reconstitution de la paroi en trois plans, sans aucune exploration intra-abdominale.

Guérison sans incident.

IV

Observation de L. MASSÉ

(*Revue de Chirurgie*, Paris, 1925.)

Mme C..., âgée de 71 ans, ménagère, vient à l'hôpital, parce que, depuis trois jours, une tuméfaction qu'elle portait dans la région épigastrique, demeure irréductible et est devenue douloureuse.

Il y a 10 ans environ, après avoir fait un violent effort, la malade s'aperçut qu'elle avait, au-dessus de l'ombilic, à gauche de la ligne médiane, une petite tumeur grosse comme une noisette. Cette tumeur était irréductible et complètement indolore. De temps en temps, elle augmentait de volume, devenait douloureuse et un ou deux vomissements accompagnaient ces crises. Jamais il n'y avait eu arrêt des matières et des gaz.

Quelques compresses d'eau chaude, une légère pression de la tumeur et tout rentrait dans l'ordre en quelques heures.

En 1922, la malade présente une crise plus violente avec augmentation du volume de la tumeur, douleur extrême mais sans vomissement. Un médecin consulté parvient à faire rentrer la tumeur et tout phénomène disparut. Depuis cette époque, la malade porta une ceinture orthopédique.

Dans la journée du 21 décembre 1928, de nouvelles douleurs apparurent, la tumeur augmenta de volume et devint irréductible. Des compresses d'eau chaude appliquées à son niveau ne modifièrent ni les douleurs, ni la tuméfaction. Les

jours suivants amenant une recrudescence des douleurs, la malade se décida à entrer à l'hôpital.

Il n'y a lieu de rien retenir de ses antécédents héréditaires et de ses antécédents personnels, on note seulement un embonpoint progressif. La malade a été soignée pour de l'albuminurie, mais elle ne peut préciser, ni la date du début, ni les caractères de l'affection dont elle a été atteinte.

Examen à l'entrée : On se trouve en présence d'une femme d'un embonpoint exagéré, sans fièvre, avec un état général bon, le pouls est bien frappé. Du côté de l'abdomen, on note un ventre en besace, présentant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, à gauche de la ligne médiane, une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, arrondie, régulière, au niveau de laquelle la peau est légèrement rouge (la malade a mis sur cette tumeur des compresses d'eau très chaude).

Cette tumeur est régulière à la palpation, bien limitée, rénitente, avec un pédoncule douloureux, mate à la percussion. La tumeur est peu mobile, irréductible, ne présentant pas d'impulsion pendant l'effort ou la toux. Les organes étant tous examinés, il y a lieu de ne rien retenir en dehors de quelques râles aux bases. La malade n'a pas vomé, mais n'a pas eu de selles ni de gaz depuis le 21 décembre. Elle souffre de coliques, mais n'est pas autrement préoccupée de son état. Température normale. Pouls à 80. Le diagnostic porté est celui de hernie épigastrique étranglée. L'opération est décidée immédiatement.

Pendant les préparatifs, la malade a un vomissement bilieux, le premier depuis que la hernie est devenue irréductible.

Opération de M. Massé. Aide M. Clarac. Anesthésie locale de la paroi avec 50 cm³, d'une solution de allocaïne à $\frac{1}{300}$

On circonscrit la tumeur par une incision elliptique s'étendant en bas jusqu'au-dessous de l'ombilic. Après avoir traversé une couche de tissu graisseux très abondant, on découvre un orifice herniaire situé au-dessus de l'ombilic (4 travers de doigt environ, à 1 travers de doigt à gauche de

la ligne médiane). On incise le tissu aponévrotique et on ouvre le péritoine de haut en bas, sur le côté gauche de l'incision.

On rabat peau, tissu cellulaire, aponévrose vers la droite, et on voit alors des anses intestinales s'engager dans l'orifice herniaire ainsi exposé de dedans en dehors. Cet orifice est large de 4 centimètres, sur 5 de haut environ. Le côlon transverse est tout prêt à s'y engager suivant le grand épiploon qui y est déjà en partie. Deux anses grêles, l'une volumineuse, l'autre aplatie sortent par cet orifice. La malade pousse, on donne alors du chloroforme et on débride le collet de la hernie de dedans en dehors. On trouve, à l'intérieur du sac une anse grêle avec son méso, pelotonnée sur elle-même en forme de W, avec des adhérences qui l'accolent. Au niveau de la striction, l'intestin est en bon état. Un grand épiploon très adhérent est également dans le sac. Résection de l'épiploon, on rentre l'anse herniée, puis on résèque peau, tissu cellulaire, aponévrose et sac péritonéal. Fermeture en un plan par fil de bronze aluminium ; drainage au point déclive.

Les suites furent simples. Selles spontanées à la 48^e heure. Lever le 5^e jour. On enlève les points le 15^e. La malade sort guérie le 21^e jour. Revue depuis, elle n'a pas eu de récurrence ni d'éventration.

V

Observation de F. LEJARS

(*Traité de Chirurgie d'urgence.*)

Il s'agissait d'une très grosse hernie, comme un poing d'adulte, qui se détachait en relief au centre de la région épigastrique : hernie ancienne, irréductible jusqu'alors : les accidents d'étranglement dataient de la nuit, et le taxis, pratiqué en ville quelques heures avant, n'avait donné aucun résultat. Le malade, un homme de 65 ans, était très déprimé, le poulx petit, le faciès mauvais, la douleur très intense, les vomissements déjà brunâtres et fétides.

Je pratiquai la kélotomie 12 heures environ après le début de la crise. Incision verticale : sous la peau et une couche grasseuse, amincie et refoulée, j'ouvre, avec précaution, un sac transparent, à travers lequel on aperçoit le contenu rougeâtre ; il s'écoula une petite quantité de liquide sanguin, et

je tombe sur une longue anse grêle, noirâtre, qui remplit seule la cavité sacculaire. Au-dessous d'elle, je découvre un anneau-médian, dur, fibreux, circulaire, très serré : je parviens à peine à glisser une sonde cannelée recourbée, sous son bord supérieur, et je débride, aux ciseaux, directement en haut, sur la ligne blanche. L'anse grêle est attirée au dehors : elle porte, une encoche profonde sur ses deux bouts, et le bout supérieur présente, à ce niveau, une éraillure longitudinale, saignante ; un surjet de fin catgut réunit, en les adossant, les bords de cette fente superficielle. Réduction. Extirpation et ligature du sac. Réunion des bords de l'anneau et débridement vertical qui le prolonge, par 3 points en anse transversale. Guérison.

VI

Observation de SMYTH

(*Annals of Surgery*, Philadelphie, 1920.)

Femme blanche, 68 ans ; depuis 8 ans, tuméfaction au-dessus de l'ombilic ayant augmenté depuis 4 ans. Cette tumeur rentrait le matin et était aisément contenue par un bandage. Douleur en coup de poignard à l'épigastre, vomissements rapprochés, mauvais état général. A 4 pouces au-dessus de l'ombilic, tumeur grosse comme un citron, à droite de la ligne médiane, dure, immobile, mate. Opération. Ether. Laparotomie médiane sus-ombilicale ; ouverture du sac, flot de liquide jaune de 250 cm³ environ. Epiploon adhérent et enflammé, 5 pouces de côlon transverse s'étaient herniés par une faille transversale de la ligne blanche, n'admettant pas 2 doigts. Ouverture de dedans en dehors. L'anse fut réintégrée, l'épiploon réséqué. Dissection des feuillets antérieurs des droits. Ces feuillets antérieurs furent retournés et fermés par plusieurs points de matelassage. Fermeture ordinaire du reste de la paroi. Guérison sans incident.

VII

Observation de GATEWOOD

(*Surgical clinics of Chicago*, 1919.)

Femme, juive russe, 67 ans, 10 enfants, apparition en 1893, après des efforts prolongés, d'une tuméfaction dans la région

dé l'ombilic, ayant graduellement augmenté. A plusieurs reprises, augmentation de la tumeur. Douleur violente sans vomissement ; dernière crise il y a 9 jours, avec douleur intermittente depuis.

Vomissement, il y a 24 heures, douleur très violente. Une selle après lavement.

Femme obèse, abdomen tendu, tympanique, peu douloureux ; au-dessous de l'ombilic : petite masse de 3 centimètres de diamètre, très douloureuse. Diagnostic : hernie ombilicale étranglée. Anesthésie à l'éther. Incision elliptique¹ ; exposition d'un sac de 8 centimètres de diamètre ; isolement, incision du sac où se trouve de l'épiploon œdématisé et adhérent, mais, après ligature et section de l'épiploon, il ne semble pas que ce soit la cause des phénomènes aigus

Deuxième hernie, trop petite pour déformer l'abdomen. Sac en forme de champignon au-dessus de l'ombilic, contenant de l'intestin violet et du liquide brun foncé. Il s'agit du côlon transverse. Pincement latéral. Anneau de constriction de 1 centimètre de diamètre. Application d'eau chaude. Enfouissement par quelques points de Lambert de la portion étranglée. Ligature et résection du sac. Fermeture à la Mayo.

Guérison.

VIII

Observation de GATEWOOD

(*The Journal of the American Medical Association*,
Chicago, 1916.)

Homme, 40 ans, laboureur ; 3 jours avant son admission (9 avril 1915) présente une douleur continue dans la portion supérieure de l'abdomen, accompagnant une tuméfaction grosse comme un citron, à mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde. Vomissements continuels.

Cette tumeur existe depuis l'enfance, elle est apparue après un tamponnement par un wagon. A eu déjà un certain nombre de crises analogues.

Examen : Bon état général¹ ; vomissements continuels ; haleine à odeur d'acétone ; peau froide ; abdomen distendu ; pas de matière fécale dans le rectum. Tumeur ovoïde, ferme,

ayant 2 pouces $1/2$ de diamètre, située à 2 pouces $1/2$ au-dessus de l'ombilic sur la ligne médiane.

Opération : Infiltration de la paroi à la novocaïne à $\frac{1}{200}$ adrénalinée. Incision transversale ; on trouve une tumeur grosse comme un citron qui sort par une ouverture circulaire de la ligne blanche de 1 pouce $1/2$ de diamètre. Liquide à l'intérieur du sac. Intestin grêle congestionné (4 pouces) avec épiploon adhérent. On enfouit une portion d'intestin par des points à la Lambert. On réintègre l'anse. Ligature et résection de l'épiploon. On note une petite masse de graisse adhérente à la partie supérieure du sac. Fermeture à la Mayo. Drainage. Guérison.

IX

Observation de DANFORTH

(*The Journal of the American Medical Association*,
Chicago, 1915.)

Homme, 80 ans, porteur depuis longtemps d'une tuméfaction médiane sus-ombilicale. Etranglement après une bronchite avec fortes crises de toux.

Opération : Ouverture à 3 pouces au-dessus de l'ombilic. Sac péritonéal distinct, avec masse d'épiploon comme une grosse orange ; ligature et fermeture de la paroi. Guérison opératoire, mais suites pulmonaires graves ayant mis longtemps la vie du malade en danger. Guérison définitive.

X

Observation d'Alexis V. MOSCHCOWITZ

(*Surgery. Gynecology and obstetrics*, Chicago, 1914.)

H. C..., âgé de 49 ans. Russe, exerçant la profession de tailleur, fut admis dans mon service de l'hôpital du Mont Sinaï, le 5 mai 1914. Depuis l'âge de 18 ans, le malade remarqua une grosseur, située à mi-chemin entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic. Cette grosseur était molle, de la dimension d'une orange et parfois disparaissait : on n'en pouvait voir alors qu'une toute petite partie. On conseilla au malade une intervention qu'il déclina.

Cinq jours avant son admission à l'hôpital, la grosseur

s'agrandit subitement, devint très douloureuse et tendue. La peau sus-jacente devint chaude et rouge et la grosseur devint irréductible par les procédés habituels. Il ne vomit pas, mais sa constipation habituelle augmenta encore. Sa température, le jour de son entrée, était de 102,5° Fahrenheit, avec une augmentation correspondante des pulsations. Les autres symptômes étaient totalement absents, et vraiment, son état général ne témoignait pas en faveur d'une maladie grave.

L'examen physique nous montra un abdomen modérément distendu. Mais ce symptôme disparut après un lavement suivi d'une évacuation abondante de matières. A mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, un peu à droite de la ligne médiane, on constatait une masse ferme, de la dimension d'un petit raisin. Cette masse devait être située en dedans de la paroi abdominale. La peau sus-jacente était d'un rouge rappelant une plaque d'érysipèle, et adhérente à la masse. Cette masse était également adhérente aux plans sous-jacents.

Le diagnostic n'était pas douteux. On pouvait seulement penser à deux choses, soit une hernie épigastrique étranglée, soit un abcès de l'intérieur de la paroi abdominale : la masse, existant depuis longtemps, faisait pencher en faveur de la hernie épigastrique étranglée, mais l'absence de tous signes généraux semblait devoir faire écarter un tel diagnostic. Les phénomènes d'inflammation aiguë étaient si accusés que le diagnostic d'abcès de la paroi était plus vraisemblable.

Opération le 6 mai. Incision de 5 pouces. Ecartement de la peau et du tissu adipeux sous-cutané qui nous montre tout de suite une hernie étranglée qui s'est échappée de l'abdomen à travers une ouverture de la ligne blanche, circulaire, d'environ 1 pouce de diamètre.

Après l'incision du sac péritonéal, il s'échappa un peu de liquide sanguinolent, le contenu de la hernie était tendu, lisse, cedémateux, si bien qu'à première vue, il semblait qu'on fût en présence, soit de côlon, soit d'estomac. La masse recouvrait l'ouverture de la hernie comme un champignon, de sorte que la dissection de l'étranglement fut difficile. Quand ce fut fait, on jugea que la masse était de l'épiploon, hernié et étranglé. On pratiqua des ligatures en « chaînette » et on déplaça. La masse déplacée était de la dimension d'une orange. Après la

réduction du collet, on vit une autre masse plus petite de tissu graisseux sous le sac, masse intimement adhérente au sac. Un examen plus approfondi montra une continuité de cette masse avec le gras situé entre les deux faisceaux du ligament falciforme du foie. Le tissu graisseux était enflammé ; on en fit l'ablation ; la portion herniée du sac fut extirpée et la plaie refermée en faisant chevaucher ses deux bords. Incision spéciale pour drainer.

Guérison sans incident.

XI

Observation de Forbes FRASER

(*The Lancet*, London, 1913.)

Femme célibataire, âgée de 101 ans et 3 mois, le jour de son opération. Présente depuis quelques années, une tumeur dans la portion supérieure de l'abdomen augmentant occasionnellement de volume et devenant douloureuse, mais jusqu'à présent réductible.

Le 8 mai 1913, la tumeur devint irréductible, douloureuse, un vomissement. A l'examen 12 heures après, tuméfaction globuleuse tendue, grosse comme une poire, douloureuse, irréductible. Etat général bon.

Opération. Scopolamine morphine 1 heure avant anesthésie locale au β eucaïne-adréraline. Incision elliptique transversale, le sac sort par une ouverture circulaire de la ligne blanche à 1 pouce au-dessus de l'ombilic. Contient un nœud du transverse et de l'épiploon. On agrandit la faille, on rentre l'intestin et l'épiploon.

Résection et ligature du sac. Fermeture à la Mayo ; suites : agitation, délire, mais guérison per primam en 15 jours.

XII

Observation de Daniel FABRE

(*Thèse de Paris*, 1911-1912.)

C'est une femme de 53 ans, qui entre dans le service de notre maître M. Potherat pour une volumineuse tumeur qui présente des signes d'étranglement.

La malade a eu sa première grossesse à 35 ans ; l'accouche-

ment fut normal et se fit à terme ; le 10^e jour des suites de couches, on s'aperçut de la présence d'une petite tumeur, grosse comme une noisette, que l'on réduit facilement, et derrière laquelle on peut introduire la pulpe du doigt ; cette tumeur siégeait à 8 centimètres environ de l'ombilic, et un peu à droite de la ligne médiane.

A 37 ans, la malade a eu une deuxième grossesse ; à cette époque, la tumeur avait le volume d'une grosse noix.

Troisième grossesse à 39 ans. Accouchement provoqué à 8 mois : l'éventration, très augmentée de volume, aurait constitué une gêne pour l'accommodation.

Depuis cette époque, elle a encore augmenté, et maintenant, elle est grosse comme une tête de fœtus à terme.

La tumeur est ovoïde, bosselée, large de 16 travers de doigt ; même dimension en hauteur. L'ombilic est sur le versant gauche de la tumeur. La percussion donne alternativement de la matité et de la sonorité.

Depuis un mois, la malade présente tous les jours des vomissements, l'éventration est devenue douloureuse depuis 8 jours. Par moments, la douleur est plus intense, et en même temps la tumeur durcit et présente des mouvements péristaltiques. Les vomissements deviennent noirâtres.

Depuis son entrée à l'hôpital, la malade n'a jamais rendu de gaz et n'a eu aucune selle. La tumeur est tendue, irréductible : le pouls est rapide.

Le 24 octobre, la malade présente de la dyspnée et son pouls est incomptable.

Intervention de M. Guibé. On tombe sur un sac qui contient le grand épiploon hypertrophié, rougeâtre, et presque tout le côlon transverse. L'orifice herniaire a un diamètre de 4 travers de doigt ; le côlon et l'épiploon sont reliés par quelques adhérences ; on résèque l'épiploon et on opère la réduction de la tumeur après débridement de l'orifice.

Pendant l'opération la malade a eu des vomissements abondants et noirs, et aussitôt revenue sur son lit, elle meurt.

A l'autopsie, l'intestin est normal sans autre cause d'occlusion, on voit l'étranglement sur les deux extrémités du côlon transverse. La paroi abdominale présente une ligne blanche très élargie, et l'orifice herniaire. Le muscle droit du côté

gauche est très aminci et hypertrophié à ce niveau. Du côté opposé, le muscle est épais et présente une encoche déterminée par la hernie.

Les pièces ont été présentées par M. Vignes à la Société d'anatomie en novembre 1910.

XIII

Observation de Ch. DUJARRIER et Jean BERGER

(*Presse Médicale*, 1910.)

Ed. C..., âgé de 81 ans, entre à l'hôpital Boucicaut le 13 janvier 1910, dans le service de notre maître M. Nélaton ; il présente dans la région épigastrique une tuméfaction douloureuse.

Depuis de longues années, le malade avait là une petite nodosité indolente et réductible, de la grosseur d'un pois, qui, à aucun moment, n'avait été le siège de phénomènes douloureux.

Le 12 janvier 1910, le malade s'aperçoit d'une gêne douloureuse à la région épigastrique ; il constate une tuméfaction à l'endroit où il avait sa petite nodosité ; cette tuméfaction est douloureuse surtout lorsqu'il la palpe. Dans la nuit, il a quatre vomissements alimentaires ; il entre à l'hôpital.

A l'examen, on constate dans la région épigastrique, à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde, une tuméfaction, grosse comme une prune, arrondie, régulière, sans bosselure, légèrement rosée.

La palpation révèle une douleur vive, surtout à la périphérie de la tumeur. La consistance est élastique et rénitente. Si on fait tousser le malade, on constate qu'il n'y a pas d'impulsion véritable, mais seulement une augmentation de la fermeté de la tumeur. Celle-ci est mate et entourée par de la sonorité.

Le malade n'a pas rendu de gaz depuis 24 heures, et n'a pas eu de selles depuis 8 jours. La température est normale et le pouls bat à 76. En somme, l'état général paraît excellent ; le malade présente, en outre, une hernie inguinale gauche réductible et un gros varicocèle.

Le diagnostic de hernie épigastrique étranglée est porté et le malade est opéré d'urgence.

On tombe sur un sac épais et résistant, qui contient une anse grêle rouge et congestionnée, sans trace de sphacèle ; cette anse est très étroitement étranglée au niveau d'un collet fibreux, constitué par un orifice de la ligne blanche qui n'a pas le diamètre du petit doigt. On agrandit cet orifice ; l'anse, lavée au sérum chaud, est réduite. On dissèque le sac ; le péritoine est suturé en points séparés au catgut. Un deuxième plan au catgut réunit l'aponévrose des muscles droits. La peau est suturée par un fil profond.

Les suites ont été normales, pas de température : le malade se lève le 15^e jour et sort guéri.

XIV

Observation de RIDGWAY

(*The British Medical Journal*, 1909.)

C'est un cultivateur de 60 ans qui entre à l'hôpital au mois de mars 1909, présentant les signes et symptômes suivants : il est porteur d'une hernie épigastrique douloureuse et a des vomissements continuels depuis deux jours ; il n'a rendu ni gaz, ni matière, depuis ce temps. Sa température est à 100-4° Fahrenheit et son pouls est à 120.

A mi-chemin entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, on sent une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, la peau qui la recouvre n'est pas modifiée. Cette tumeur est tendue et présente à la palpation une consistance élastique sans impulsion sous l'influence de la toux.

Il est intéressant de constater en même temps, la présence d'une véritable hernie inguinale droite, non réductible, mais sans étranglement.

Le malade était dans cette situation depuis 40 ans, et depuis un an seulement il avait fait usage d'un bandage que, d'ailleurs, il quittait fréquemment. Au niveau de cette hernie inguinale on percevait très bien l'impulsion produite par la toux ; ce qui prouvait que les symptômes d'étranglement dépendaient de la hernie épigastrique.

On fit donc le diagnostic de hernie épigastrique étranglée et on opéra. On fait une incision verticale sur le milieu de la tumeur, d'environ 4 pouces ; dans le sac, on trouve un

liquide sanguinolent et une anse du côlon transverse de 3 pouces, rouge foncée, et adhérente au sac. L'épiploon était intact. Le collet du sac, très étroit, qui était l'agent de l'étranglement, est débridé, et l'anse intestinale est réduite dans l'abdomen, le sac est sectionné. L'incision est fermée par des points de suture faits à la soie. Les muscles droits sont rapprochés et l'un d'eux, le droit, est porté vers la ligne médiane, un peu sur la face antérieure de son homologue. La peau est ensuite suturée.

Le malade est aussitôt soulagé par l'opération, il rend des gaz au bout d'un jour et a une selle au bout de deux jours.

Mais le 15^e jour, le malade se plaint de douleurs au niveau de sa hernie inguinale qui est maintenant tendue et douloureuse, et la toux ne donnait plus d'impulsion au niveau de la hernie. La température, normale depuis l'opération, était à 99,8° Fahrenheit et le pouls à 116.

On l'opère le soir même, et dans le sac on trouve une masse d'épiploon adhérent autour duquel on passe deux ligatures et que l'on résèque avec le sac. La paroi abdominale est fermée par un Bassini modifié.

Le malade sort guéri de l'hôpital le 25 avril. On le revoit le 6 juillet. Sa guérison s'est maintenue.

XV

Observation de RIDGWAY

(*The British Medical Journal*, 1910.)

C'est une femme de 58 ans, qui est examinée le 8 août 1909. Elle raconte qu'elle portait une hernie épigastrique indolore depuis 30 ans. Mais, depuis 3 jours, la tumeur a augmenté de volume et est devenue très douloureuse. La hernie s'est étranglée à l'occasion d'un effort ; la malade avait voulu remuer un meuble très lourd. Le soir même les vomissements apparaissaient, l'état général devenant mauvais, elle est admise à l'hôpital, étant presque dans le collapsus. Les vomissements étaient continuels depuis 15 heures, la malade était couverte de sueurs ; le pouls battait à 134 et la température était à 97,8° Fahrenheit.

La tumeur ressemble à un lipome, elle est située entre le

cartilage xiphoïde et l'ombilic, et a le volume d'une orange. Pas d'impulsion à l'effort et à la toux. La peau qui recouvre la tumeur est tendue et présente une couleur noirâtre.

On opère immédiatement ; dans le sac, on trouve très peu de liquide, et 3 anses d'intestin grêle adhérentes les unes aux autres. On enlève les adhérences avec assez de difficulté. L'intestin présentait des traces de gangrène. L'anneau est débridé et l'intestin réduit dans l'abdomen. Les muscles droits sont rapprochés par des points de suture à la soie et on ferme la plaie après avoir mis un drain.

On fait à la malade une injection de sérum chaud dans le rectum. Bientôt la malade est dans un état de collapsus, le pouls est à 160, et on compte 43 inspirations à la minute. Injection de sérum.

La malade quitte l'hôpital le 22 septembre. On la revoit en janvier avec bronchite. En avril elle fait une pneumonie et meurt.

XVI

Observation de Ringway

(*The British Medical Journal*, 1910.)

C'est un cultivateur âgé de 66 ans, qui est examiné en février 1910. Depuis 40 ans, il est porteur d'une hernie épigastrique, qui avait 7 à 8 centimètres environ de diamètre. Il entre à l'hôpital avec des signes évidents d'étranglement.

On l'opère : on trouve dans le sac une anse de côlon transverse, mesurant à peu près 5 à 6 centimètres de long, et une masse d'épiploon adhérent ; l'épiploon est réséqué, et on emploie les mêmes procédés que dans les observations précédentes.

Le résultat fut très bon. Le malade sort de l'hôpital le 12 mars, et quand on le revit en juillet, la guérison s'était maintenue.

XVII

Observation de Lucius W. Hotchkiss

(*Annals of Surgery*, Philadelphie, 1911.)

Il s'agit d'un malade âgé de 63 ans, admis à l'hôpital Roosevelt, le 15 février 1909, avec l'histoire suivante :

Cet homme tomba malade il y a 3 jours, avec de violentes douleurs abdominales ; des vomissements et une distension de l'abdomen s'établirent ensuite. Un lavement qu'on lui administra aurait fait peu d'effet. Il n'y aurait pas eu arrêt des gaz. Comme cet homme était un alcoolique avéré et il eut à souffrir auparavant d'accès de gastrite d'origine éthylique, simulant parfaitement cette présente crise, jusqu'à cependant, l'apparition de la distension et des vomissements fécaloïdes. Le médecin ne vit pas qu'il pouvait s'agir d'obstruction intestinale aiguë.

Le fait qu'il y avait un rapport entre une hernie épigastrique coexistante et son état actuel n'était pas évident à première vue, mais, comme les signes devinrent plus marqués, on fit le diagnostic d'obstruction intestinale et le malade fut envoyé à l'hôpital pour être opéré.

A l'entrée, nous sommes en présence d'un homme petit, trapu, plutôt corpulent, presque sans pouls et ayant fréquemment des vomissements fécaloïdes. Il put se rendre en marchant dans la salle et il ne vit pas du tout son état. L'examen ne laissa cependant plus de doute. Son pouls était très petit, faible, rapide, filant ; son abdomen distendu et sensible : on y voyait une hernie épigastrique de bonne dimension sur la ligne médiane, s'étendant largement des deux côtés de celle-ci ; elle était douloureuse, irréductible. On diagnostiqua une hernie épigastrique étranglée, et on prépara le malade pour une opération d'urgence.

Narcose à l'éther. L'opération fut rapide en raison de l'état si critique du malade. Pendant l'opération : injection intra-veineuse de liquide physiologique. Le malade quitta la table d'opération avec le même bon état général apparent qu'il présentait à son arrivée ; cependant il était très mal. Opération : Longue incision médiane sus-ombilicale, sur la hernie. Alors le diagnostic s'impose : c'était une hernie épigastrique aux orifices multiples : on en trouva 3, 1 grand et 2 petits ; l'orifice principal se trouvant sur la ligne médiane, un autre en dessous du 1^{er}, et le 3^e à gauche de la ligne médiane. On voyait de l'épiploon adhérent, hernié, dans les 3 orifices. On le réséqua.

Dans l'orifice principal, en plus de l'épiploon adhérent se

trouvait une anse grêle, finement étranglée et gangrenée. Résection immédiate. Anastomose bout à bout du reste de l'intestin grêle. Fermeture de la plaie.

Le malade fut remis au lit et se remit assez bien, reprenant peu à peu sa conscience et se plaignant. On lui fit une injection hypodermique de morphine qui le calma. Il dormit quelque temps, quand, subitement il commença à se trouver mal ; sa respiration, puis son pouls s'accéléchèrent et il mourut en dépit des mesures promptes qu'on prit pour le sauver.

XVIII

Observation de Max SEBBA

(*Deutsche medizinische wochenschrift*, 1909.)

Il s'agit d'une femme de 46 ans. Depuis l'âge de 28 ans, elle a dit avoir toujours été malade, souffrant beaucoup de troubles gastriques. Elle a une hernie ombilicale, depuis une dizaine d'années environ sans avoir jamais éprouvé une grande gêne. La malade dit qu'elle la réduisait elle-même très facilement. Depuis longtemps, elle souffre de constipation. Elle est reçue à l'hôpital le 6 août 1908. Depuis le 3 août elle n'a rendu ni gaz ni matière ; depuis le 4 août, elle a pris fort peu d'aliments. Le 5 août, le ventre est ballonné, il se produit des vomissements porracés ; il semble que les vomissements se soient déjà produits auparavant à plusieurs reprises et aient disparu. Peu de temps après les phénomènes actuels, elle avait réduit sa hernie comme d'ordinaire.

Etat : Femme très musclée, grasse, rien du côté des poumons ; il est difficile de fixer exactement les limites de la matité du cœur, à cause de la présence d'un pannicule adipeux très épais.

La paroi abdominale et les seins sont envahis d'une énorme couche de graisse. Le ventre est ballonné mais souple. Audessus de l'ombilic, on trouve une contracture localisée de la paroi sur une étendue grande comme une main. Cette région est mate, sensible à la pression et un peu rouge. A la place de l'ombilic, bombe un sac herniaire mou, gros comme un œuf de pigeon ; ses parois sont épaisses, le contenu est mou et facile à réduire ; l'orifice herniaire laisse passer l'index, on

peut très facilement l'explorer. Les orifices inguinaux et cruraux ne sont pas perméables. Le pouls, régulier est à 80. Pas de température. On ne peut songer à une intervention immédiate, la malade ne voulant pas entendre parler d'intervention. Lavage d'estomac et grands lavements. Opium. La nuit, vomissements répétés exhalant une odeur fécaloïde.

Le 7 août on refait lavage d'estomac et grand lavement ; la malade repousse toute proposition d'opération. Température 37°, pouls 112. On perçoit du tympanisme au niveau de la région contracturée. La peau devient rouge, les tissus s'empâtent, s'œdématisent, les vomissements fécaloïdes se répètent.

Le 15 août enfin, elle se décide à l'opération.

On fait une incision médiane ; la couche de tissu adipeux, épaisse de 7 à 8 centimètres, a pris une consistance gélatineuse. De sa coupe, s'écoule un liquide séreux, trouble. Au-dessus de l'ombilic, on trouve le sac herniaire qu'on libère. A l'ouverture, il laisse s'écouler un liquide sanguinolent, on trouve une anse intestinale terne de couleur rouge sombre et de l'épiploon couvert de foyers hémorragiques ; après avoir élargi le collet très étroit, dont le diamètre est de 1 centimètre 1/2 environ, l'anse intestinale est amenée au dehors. Les deux extrémités de l'anse herniée présentent des sillons d'étranglement très accentués avec des tâches gangréneuses de coloration verdâtre, la gangrène existe même vers le milieu de l'anse étranglée sur son bord mésentérique.

On résèque l'intestin sur une longueur de 12 centimètres, les deux extrémités sont réunies par une double rangée de suture. On tamponne à la gaze iodoformée tout autour de la suture, on retourne l'intestin dans la cavité abdominale. On prolonge l'incision jusqu'au-dessous de l'ombilic ; entre l'orifice herniaire épigastrique et celui de la hernie ombilicale se trouve un pont large de 3 centimètres intact. La hernie ombilicale contient un peu d'épiploon adhérent au sac. On extirpe le sac ombilical et on suture à la soie.

Le 19 août, il s'est fait une fistule stercorale, d'où s'écoulent des selles claires. Le 27 août, la fistule s'est fermée. Le 10 septembre la malade s'en va, la plaie en voie de bourgeonnement et l'état général satisfaisant.

XIX

Observation de WIESINGER

(*Deutsche Leitschrift für Chirurgie*, 1902.)

Il s'agissait d'une hernie de la ligne blanche du volume d'une noisette. Elle s'était produite brusquement chez un jeune homme de 18 ans et la réduction n'avait pu être obtenue.

A l'opération, on trouva une anse grêle étranglée de coloration bleu rougeâtre, qu'on peut néanmoins rentrer dans l'abdomen.

Conclusions

I. — Dans la littérature médicale, sauf erreur, 24 cas de hernie épigastrique étranglée ont été publiés. C'est donc une complication fort rare d'une affection également rare : la hernie épigastrique. Il semble que cette complication, par rapport à l'ensemble des hernies épigastriques, survienne surtout chez la femme. Elle se produit presque uniquement dans la seconde moitié de la vie et surtout chez les vieillards.

II. — Cette hernie, constituée à travers des orifices normaux de la ligne blanche sus-ombilicale, siège surtout à son tiers inférieur; elle est le plus souvent déjetée à gauche de la ligne médiane. Les orifices aponévrotiques distendus, losangiques au début, ne tardent pas à s'arrondir en de véritables anneaux fibreux atteignant rarement la dimension de la pulpe de l'index. La hernie est généralement réduite à un lipome péritonéal. Le sac rudimentaire n'est le plus souvent qu'un simple diverticule péritonéal sans viscère. L'existence d'un sac véritable ne se rencontre que dans 15 à 20 % des cas. Il peut contenir de l'épiploon, de

l'intestin grêle ou du côlon. Ces organes étranglés présentent les lésions habituelles de tout viscère étranglé.

III. — Dans la constitution des hernies, le rôle de la faiblesse congénitale de la paroi est primordial et c'est sur cette mauvaise disposition anatomique qu'un effort plus ou moins violent fait provoquer l'apparition, puis l'étranglement de la hernie.

Il y a coexistence fréquente entre la hernie épigastrique ou la hernie épigastrique étranglée et des lésions organiques, celles-ci favorisant celles-là. A l'autopsie, on a souvent rencontré des lésions de péritonite ancienne au niveau des hernies, surtout de la péritonite adhésive sous-hépatique.

IV. — Le rôle de la grossesse dans la production des hernies épigastriques n'est pas démontré. L'incompatibilité proverbiale entre l'étranglement et la grossesse s'explique par l'ascension de l'utérus, refoulant les anses intestinales, et ainsi les anses herniées. Cependant : 1° les hernies irréductibles par adhérences ; 2° le fait de l'inflexion de l'utérus à droite, d'où amoncellement des anses à gauche, pesant sur des orifices herniaires élargis par la distension et s'y insinuant, favoriseront l'étranglement. Cependant ces faits sont exceptionnels.

V. — Le début de l'étranglement est rarement brusque ; le plus souvent, c'est après un certain nombre de crises, quand la tumeur a acquis un certain volume, que l'étranglement survient. La symptomatologie est celle de toutes les hernies étranglées. L'état

général s'altère rapidement. L'évolution est fatale à bref délai.

VI. — Le diagnostic est relativement aisé. Généralement on est mis sur la voie par le malade lui-même. Dans tous les cas que nous rapportons, la discussion n'a pas été longue. Voir s'il n'y a pas de lésions des viscères coexistantes.

VII. — Le seul traitement de la hernie épigastrique étranglée est ce qu'on a appelé la kéléotomie épigastrique, qui donne d'excellents résultats. Son indication est formelle. L'intervention se propose : 1° de lever l'étranglement ; 2° de faire la cure radicale de la hernie. Préférer l'anesthésie locale.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PATEL.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 18 Octobre 1930

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- BÉRARD et COTTE. — Sur la nature des troubles digestifs dans les hernies épigastriques. *Lyon Médical*, 1913.
- DANFORTH. — Strangulated epigastric hernia. *Journal of American Medical Association*, Chicago, 1915.
- DANJART. — Hernies étranglées pendant la grossesse. *Thèse de Lyon*, 1912.
- DUJARRIER et BERGER. — *Presse médicale*, 30 avril 1910.
- ERTAUD. — Pseudo-étranglement d'une hernie épigastrique symptomatique d'une perforation de l'estomac. *Gazette Médicale de Nantes*, 1914.
- *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, Paris*, 1914 (Rapport de Lenormand).
- FABRE Daniel. — De la hernie épigastrique et de l'entérocele épigastrique étranglée. *Thèse de Paris*, 1911-1912.
- FRASER FORBES. — Strangulated epigastric hernia in a centenarian, Operation, Recovery. *The Lancet*, London, 1913.
- GATEWOOD. — Strangulated epigastric hernia. *Surgical clinics*, Chicago, 1919.
- Strangulated epigastric hernia. *Journal of American Medical Association*, Chicago, 1916.
- HOTCHKISS LUCIUS-W. — Strangulated epigastric hernia. *Annals of Surgery*, Philadelphie, 1909.
- LEJARS F. — *Traité de Chirurgie d'urgence*, Paris, 1921.
- LOEPER, DE SÈZE, LEROY. — Hernie épigastrique étranglée au cours d'un syndrome ascitique. Cure radicale. Guérison. *Le Progrès Médical*, 3 août 1929.

MASSÉ L. — La hernie épigastrique étranglée. *Revue de Chirurgie*, Paris, 1925.

MOSCHCOWITZ Alexis-V. — Strangulated epigastric hernia. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Chicago, 1914.

PATEL M. — *Traité des hernies*. Collection Delbet-Schwartz, 1924.

— Hernie épigastrique étranglée au V^e mois de la grossesse. Cure radicale. Guérison. *Lyon Chirurgical*, 20 mars 1929.

RIDGWAY. — *The British Medical Journal*, 1909.

— *The British Medical Journal*, 1910.

SEBBA Max. — *Deutsche medizinische wochenschrift*, 28 octobre 1902.

SENCERT. — Hernie ombilicale étranglée et grossesse. *Revue Médicale de l'Est*, Nancy, 1904.

SMYTH. — Strangulated epigastric hernia. *Annals of Surgery*, Philadelphie, 1920.

TESTUT. — *Traité d'Anatomie humaine*.

TESTUT et O. JACOB. — *Traité d'Anatomie topographique*, Paris, 1922.

THURIAR. — La hernie épigastrique, *La Clinique*, Bruxelles, 1913, et *Archives provinciales de Chirurgie*, Paris, 1913.

WIESINGER. — *Deutsche Zeitung für chirurgie*, 1902.

ZÉNO ARTEMIO. — Hernia epigastrica y lesiones organicas del estomago, *La Prensa medica argentina*, 20 février 1915.

— Hernie épigastrique étranglée. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, Paris, 30 mai 1928 (Rapport de Michel Denicker).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — <i>Historique</i>	11
CHAPITRE II. — <i>Anatomie</i>	14
Grand droit de l'abdomen.....	14
Gaine du grand droit.....	17
Ligne blanche	19
CHAPITRE III. — <i>Anatomie pathologique</i>	22
CHAPITRE IV. — <i>Etiologie et pathogénie</i>	28
CHAPITRE V. — <i>Symptomatologie et Evolution</i>	40
CHAPITRE VI. — <i>Diagnostic</i>	45
CHAPITRE VII. — <i>Traitement</i>	50
CHAPITRE VIII. — <i>Observations</i>	58
CONCLUSIONS	79
BIBLIOGRAPHIE	82

